FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1888 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 6 janvier 1888, à 1 heure

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par Pierre MOURET

Né à Acheux (Somme), le 27 février 1862.

DES

TUMEURS MULTIPLES SOUS-CUTANÉES

DANS LA DIATHÈSE SARCOMATEUSE

Président de la thèse : M. le professeur FOURNIER.

Juges : MM. GUYON, professeur.
RECLUS, agrégé.
BRISSAUD, agrégé.

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1887 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 6 janvier 1888, à 1 heure

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par Pierre MOURET

Né à Acheux (Somme), le 27 février 1862.

DES

TUMEURS MULTIPLES SOUS-CUTANÉES

DANS LA DIATHÈSE SARCOMATEUSE

Président de la thèse : M. le professeur FOURNIER.

Juges : MM. GUYON, professeur.
RECLUS, agrégé.
BRISSAUD, agrégé.

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen .... M. BROUARDEL.

Professeurs : MM.

Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	SEE (G.) POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	N...

Professeurs honoraires : GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GUEBHARD.	PEYROT.	REYNIER.
BLANCHARD.	HANOT.	PORIER, chef des travaux anatomiques	Ribemont-Dessaignes.
BOUILLY.	HANRIOT.	POUCHET.	A. ROBIN.
BRISSAUD.	HUTINEL.	QUENU.	SCHWARTZ.
BRUN.	JALAGUIER.	QUINQUAUD.	SEGOND.
BUDIN.	JOFFROY.	RAYMOND.	TROISIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RECLUS.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LANDOUZY.	REMY.	
DEJERINE.	MAYGRIER.		

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FOURNIER

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

A M. LE DOCTEUR RECLUS

Mon maître dans les Hôpitaux

DES

TUMEURS MULTIPLES SOUS-CUTANÉES

DANS LA DIATHÈSE SARCOMATEUSE

INTRODUCTION

Ayant eu sous les yeux un cas très-curieux de sarcomatose hypodermique et viscérale, nous avons cherché dans les auteurs les observations qui pouvaient se rapprocher le plus de la notre. Nos recherches ont surtout porté sur les cas observés depuis que le microscope et les travaux de Lebert ont permis de différencier les sarcomes du reste des tumeurs. Cependant nous devons dire que nous n'en avons trouvé aucun qui soit complètement assimilable à notre sujet. La thèse de M. Perrin (1) nous a fourni le plus grand nombre de nos observations analogues. Nous y avons puisé l'observation de M. Millard, celle de J. Gairdner et J. Coats, celle de MM. Dauchez et Le Gen-

(1) De la sarcomatose cutanée. Paris, 1886.

dre, celle de Shattuck, celle de Korte, celle enfin qui lui est personnelle. Dans le bulletin de la société médicale des hôpitaux, nous avons pris la relation d'un cas que M. Laboulbène avait observé. Dans le *Lyon médical* (1876), un cas dû à M. Tripier présentait un grand intérêt.

Mais entre ces observations il y a bien des différences et le point de contact est quelquefois peu apparent. Aussi nous garderons-nous d'établir sur des éléments si divers la monographie d'une affection définie. Nous avons voulu relater un cas curieux et le mettre en présence des observations les plus semblables. Nous commencerons donc par faire l'histoire de notre malade ; nous placerons à côté les observations étrangères et nous les analyserons successivement au point de vue de l'anatomie pathologique, de la pathogénie, de l'étiologie, etc...

L'examen de ces observations nous amènera à un certain nombre de réflexions et de conclusions au sujet de la sarcomatose multiple dans ses manifestations sous cutanées et nous devons dès le début indiquer dans quelles limites nous voulons nous maintenir.

La production de tumeurs multiples sarcomateuses dans le tissu cellulaire sous-cutané peut se faire d'emblée ou être le résultat de la généralisation d'une tumeur viscérale ou superficielle. Dans les deux cas, la sarcomatose sous-cutanée se présente sous le même aspect, et la différence de pathogénie peut être parfois difficile à saisir. Nous trouverons donc des points de diagnostic étiologique intéressants à élucider. Nous aurons aussi à faire le diagnostic de la sarcomatose sous-cutanée avec d'autres tu-

meurs multiples avec lesquelles on l'a presque toujours confondue.

Toutes les variétés de sarcomes ne sont pas susceptibles de se multiplier sous la peau. MM. Cornil et Ranvier divisent les sarcomes en : 1° sarcomes encéphaloïdes, constitués par un tissu uniquement embryonnaire (tumeurs à cellules embryoplastiques de Ch. Robin).

2° Sarcomes fasciculés, constitués par un grand nombre de cellules fusiformes (tumeurs à cellules fibro-plastiques de Lebert).

3° Sarcomes myéloïdes, se rencontrant surtout dans le tissu osseux.

4° Sarcomes ossifiants que leur nom définit.

5° Sarcomes névrogliques qui tendent à prendre la forme de la névroglie (gliome de Virchow).

6° Sarcomes angiolithiques, surtout dans les plexus choroïdes et formés par une hyperplasie indurative et papillaire (psammômes de Virchow).

7° Sarcomes muqueux, où les cellules ont subi la transformation muqueuse.

8° Sarcomes lipomateux, qui présentent dans leurs cellules de nombreuses gouttelettes de graisse (lipo-sarcome de Virchow).

9° Sarcomes mélaniques, dont les cellules sont imprégnées de granulations pigmentaires.

Les tumeurs sarcomateuses, qu'on rencontre en plus grand nombre dans l'hypoderme, chez le même malade, sont les sarcomes fuso et globo-cellulaires. Dans la sarcomatose mélanique, des noyaux se présentent dans l'hypoderme peut-être plus souvent que dans la diathèse sarco-

mateuse simple ; mais leur nombre dans chaque cas particulier est toujours plus restreint. Dans la mélanose, les tumeurs qui peuvent se développer, soit dans le derme, soit dans le tissu cellulaire, soit dans les deux à la fois ne sont jamais multiples d'emblée. On trouve toujours au début une tumeur primitive (Perrin), et la généralisation à la superficie ou aux viscères vient ensuite. Dans la sarcomatose sous-cutanée que nous décrivons, au contraire, les tumeurs multiples peuvent être idiopathiques. De plus le nombre des tumeurs mélaniques secondaires est généralement fort restreint et, parmi ce nombre, celles qui sont purement hypodermiques sont encore plus rares. On ne voit pas de malades portant des centaines de tumeurs mélaniques dans l'hypoderme, qu'il en ait ou non ailleurs, comme cela se rencontre dans l'affection que nous décrivons. Du reste, la coloration de la surface de la tumeur initiale serait un signe qui ne permettrait pas de confondre les tumeurs mélaniques secondaires avec les tumeurs semblables non mélaniques. Nous pouvons donc diviser les tumeurs sarcomateuses hypodermiques en tumeurs mélaniques et tumeurs non mélaniques. Ayant mis les premières de côté, nous allons nous occuper des secondes que nous désignerons en bloc sous le nom de sarcomatose sous-cutanée.

Celles-ci, à un certain moment de leur évolution, quand on ne perçoit pas de tumeur initiale infectante, ressemblent absolument à la fibromatose ou à la lipomatose. Mais cette localisation des sarcomes est souvent une manifestation secondaire d'une infection générale. De plus, quand même ces tumeurs seraient idiopathiques, il est

bien rare qu'on n'en trouve que dans l'hypoderme. Souvent, au contraire, les tumeurs viscérales sont très importantes. La sarcomatose strictement sous-cutanée n'est donc le plus souvent qu'un syndrome, et c'est afin qu'on ne crût pas que nous avons voulu créer un nouveau groupe nosologique que nous n'avons pas donné à notre travail le titre de sarcomatose sous-cutanée. Du reste, le petit nombre d'observations que nous avons pu recueillir, le manque de détails qui rend insuffisantes quelques-unes d'entre elles, nous empêchait d'avoir aucune prétention de créateur.

L'étude de la sarcomatose sous-cutanée ainsi comprise n'a jamais été faite. M. Martin, dans sa thèse (Paris 1883), sur les tumeurs fibro-plastiques généralisées, cite comme personnel le cas de tumeurs multiples sous-cutanées, que Dauchez et Le Gendre publièrent plus tard dans la *France médicale*. Il rapporte également l'observation de M. Millard, mais son étude s'applique plutôt aux tumeurs fibro-plastiques en général. M. Ricard (1) ne donne pas une observation de sarcomatose sous-cutanée dans une thèse où il recherche les conditions de la multiplicité des tumeurs. M. Augagneur (2) et M. Perrin (3), ont essayé le premier sous le nom de polysarcose régressive, le second sous le nom de sarcomes globo-cellulaires simples hypodermiques de créer des espèces nouvelles. Nous verrons après l'examen de nos observations si nous pouvons accepter leurs conclusions M. Augagneur se sert des ob-

(1) Thèse, Paris 1885 De la pluralité des néoplasmes.
(2) *Lyon médical* 1881 : 12-19-26 juin.
(3) Loc. cit.

servations de MM. Millard, Laboulbène, Gairdner et Tripier ; M. Perrin, de celles de Dauchez, de Gairdner et de celle qui lui est personnelle. Nous nous sommes servis de tous ces cas avec la liberté de quelqu'un qui ne veut pas forcer les observations à rentrer dans un cadre fait d'avance et en ne cherchant que celles qui pouvaient nous apprendre dans quelles conditions se développent les tumeurs sous-cutanées multiples de nature sarcomateuse.

On pourrait nous objecter que nous avons cité l'observation de M. Tripier, où il n'y a, à strictement parler, qu'une tumeur sous-cutanée, et que les tumeurs du malade de Laboulbène sont bien cutanées. Nous pouvons répondre que la nature ne fait pas de sauts et que nous prenons la sarcomatose à l'étape où elle quitte la peau et que nous la laissons à celle où elle gagne les parties profondes. Mais, d'autre part, ces observations ont des points communs qui les rapprochent les unes des autres pour différentes raisons. Du reste, les groupes morbides, en nosographie, ont rarement des limites nettes et précises : nous voyons, par exemple, dans la thèse de M. Perrin que la sarcomatose cutanée renferme un type défini : le type Kaposi, caractérisé par des tumeurs intradermiques d'emblée, débutant par les extrémités et composées de cellules rondes. Mais, à côté de ce type et s'y rattachant plus ou moins, on trouve des cas qu'on ne peut y faire complètement rentrer. C'est ainsi que, dans un travail sur la sarcomatose cutanée, l'auteur est amené à citer l'observation de Millard où il n'y a pas une seule tumeur dans la peau ; et il arrive par une gamme d'intermédiai-

res du sarcome idiopathique multiple érectile ou pigmentaire débutant par les extrémités au type de sarcomes hypodermiques purs comme ceux de Dauchez et de Gairdner.. M. Perrin dit lui-même (p. 25) : « Dans l'immense majorité des cas, les sarcomes de la peau sont des sarcomes à type globo-cellulaire. On peut cependant les diviser en deux grandes catégories : l'une dans laquelle, tout en étant globo-cellulaires, ils renferment une grande quantité de pigment d'origine hématique et débutant par le derme ; l'autre, dans laquelle, étant également globo-cellulaires, ils ne renferment pas de pigment et débutent par l'hypoderme. *Mais entre ces deux variétés, il y a autant de types différents que d'observations.* »

Mais, bien que M. Perrin décrive en même temps la sarcomatose cutanée et la forme hypodermique, nous croyons qu'il faut séparer cette dernière des affections de la peau, parce qu'elle n'a rien de commun avec une dermatose. C'est pourquoi nous n'avons cité que des observations où aucune tumeur n'était dévoloppée dans la peau.

OBSERVATIONS

Observation I. *(Personnelle)*.

Sarcomatose hypodermique et viscérale.

Le nommé David F. âgé de 36 ans, menuisier originaire de l'Ain entra le 7 mars 1887 à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Reclus, salle St-Landry, n° 42. Il est à Paris depuis 1877 et il y exerce sa profession. En 1871, dans son pays il eut la variole dont il porte encore les traces sur la figure; il n'aurait pas alors été malade plus d'un mois. Depuis ce moment sans avoir jamais eu aucune maladie, il est resté pâle; sa taille est moyenne; son système musculaire est ordinaire. Au conseil de révision après sa maladie il a été reconnu bon pour le service; mais il n'a pas été soldat par suite d'une dispense. Dans ses antécédents héréditaires on ne trouve aucune affection se rapprochant de près ou de loin de celle dont il est atteint. Il s'est marié il y a une dizaine d'années, et il a une petite fille qui se porte bien. En 1877 notre malade se rappelle avoir eu une perte de connaissance qu'il ne sait à quoi attribuer. En 1878 nouvelle syncope à la suite de fatigues et de privations pendant ses 28 jours.

En somme, rien dans les antécédents ne peut faire croire à un début éloigné de la maladie qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital. Au mois de septembre 1885, c'est-à-dire il y a 18 mois, pour la première fois, il remarqua au côté gauche et inférieur du menton un

petit bouton faisant saillie sous la peau, atteignant d'abord en quelques semaines le volume d'un pois, puis mettant un an environ à prendre celui d'une cerise ; la tumeur serait alors restée stationnaire depuis 4 ou 5 mois. Trois ou quatre mois après à côté et en dedans de cette tumeur une seconde apparut et suivit la même évolution. Elle atteignit le même volume le dépassa et ne grossit plus quand elle fut du volume d'une noix. Ces tumeurs étaient fermes, dures, résistantes, mobiles sur le maxillaire et sous la peau. La coloration de celle-ci ne changea jamais. Les tumeurs n'étaient le siège d'aucune douleur provoquée ou spontanée.

D'autres tumeurs semblables se montrèrent ensuite dans le cuir chevelu et sur le cou et leur nombre empêcha le malade de suivre avec précision le moment de leur apparition. Presque en même temps le malade se trouva des noyaux un peu partout sur le corps et toujours avec le même caractère d'indolence et de mobilité.

Cependant, au mois de juillet 1886, 10 mois après l'apparition de la première tumeur sous-cutanée, des fourmillements se firent sentir pendant une huitaine de jours dans la cheville droite. Un néoplasme existait alors à la partie moyenne de la cuisse. Les douleurs passèrent de la cheville au genou et à la cuisse. Elles revenaient par accès et elles furent assez vives pour forcer le malade à consulter un médecin. Celui-ci ordonna des frictions calmantes. Sans pouvoir se prononcer sur les autres tumeurs, il crut que celle de la cuisse était un tubercule douloureux. Pendant cinq semaines, les douleurs empêchèrent le malade de travailler. Depuis elles reparurent de temps en temps mais peu intenses. Dans le courant du mois de février 1887, nouvelles douleurs dans l'aine droite, sensation de poids et gêne continuelle diminuée quand le malade se baissait. C'est alors qu'il se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu.

A un premier examen, un peu rapide peut-être, on compte 17 tumeurs sur la partie antérieure du corps, 4 sur le menton et les joues, 3 sur le cou, 1 sur la poitrine, 3 sur le ventre, 4 dans

l'aine, sur le scrotum et sur la verge ; 2 sur les cuisses. En arrière, on en trouve une dans le cou, 2 dans la région dorsale, 4 dans la région lombaire. Dans le cuir chevelu surtout il n'a pas été possible de les compter exactement ; on a estimé leur nombre à plus de 20. Les pieds et les mains ne présentent aucune tumeur.

Volume. — Le volume des tumeurs, particulièrement de celles qui sont sous-cutanées varie de la grosseur d'un pois à celui d'un œuf de pigeon.

Forme. — Peu variable ; les unes sont arrondies, les autres un peu anguleuses, les autres ovoïdes, d'autres applaties comme un verre de montre.

Mobilité. — Les tumeurs sont placées entre l'aponévrose et la peau, sauf quelques-unes qui adhèrent un peu à la peau.

Coloration de la peau. — Sur certaines tumeurs plus saillantes la coloration de la peau est un peu accentuée ; les veines y sont légèrement dilatées, et le tégument semble aminci et distendu. Sur les autres tumeurs, la peau n'est ni rugueuse, ni fendillée, ni colorée, elle est absolument normale et on peut se rendre compte de l'aspect du malade en voyant la pièce 1162 du musée St-Louis prise sur un malade de M. Hallopeau.

Sensibilité. — L'indolence est absolue : la palpation modérée des tumeurs n'y réveille pas de douleurs. La sensibilité de la peau qui les recouvre a conservé tous ses modes. A aucun moment de leur évolution il n'y a eu de douleurs.

Consistance. — Elle est généralement dure. Cependant les tumeurs de la nuque dans le cuir chevelu présentent la consistance des loupes auxquelles elles ressemblent absolument.

Transparence. — Elle fut constatée sur les deux tumeurs placées sous le menton qui par leur saillie se prêtaient assez à ce genre d'exploration. C'est même à cause de cela que l'on porta d'abord le diagnostic de cysticerques.

Siège des tumeurs. — Les unes sont sous-cutanées, d'autres sont intramusculaires ; d'autres occupent différents organes et leur volume est d'autant plus grand qu'elles sont plus profondes.

Parmi les tumeurs intramusculaires, nous trouvons à la limite du cuir chevelu en arrière une masse volumineuse, dure occupant toute la motié droite de la nuque qui est rendue ainsi asymétrique. Dans le sterno-mastoïdien gauche, au niveau aussi de son insertion sur le squelette une tumeur grosse comme une noix fait une saillie notable. Dans la masse tricipitale du bras gauche un noyau gros comme un haricot soulève l'aponévrose et la peau. Il est immobile et fixe pendant la contraction du muscle et assez mobile dans un sens perpendiculaire à ses fibres quand il est au repos.

Parmi les tumeurs non musculaires et developpées en dehors du tissu cellulaire sous-cutané, nous pouvons compter, dans le triangle de scarpa à droite et dans les deux aines plusieurs petites tumeurs très dures du volume d'un haricot, ayant absolument la position des ganglions de la région hypertrophiés. Sont-ce des néoplasmes developpés réellement dans les ganglions, ou bien des noyaux néoplasiques de l'hypoderme simulant des ganglions malades, ou bien des ganglions hypertrophiés par une adénite chronique antérieure indépendante de la maladie diathésique actuelle ? C'est ce qu'il est impossible de dire. Le malade prétend n'avoir jamais eu de chancres et il ne se rappelle pas depuis quand il a des noyaux dans les aines. Aucun renseignement ne peut éclairer le diagnostic à ce sujet.

Dans les viscères, voici les tumeurs que l'on trouve. Dans le lobe droit du corps thyroïde, on sent une masse qui se déplace á chaque mouvement de déglutition. Dans l'épaisseur du cordon spermatique il existe un noyau comme une noisette, indépendant du canal déférent. Dans la fosse iliaque droite, en déprimant la paroi abdominale, on sent une vaste tumeur atteignant la ligne médiane, arrondie et bosselée, indolente comme les autres, dure, résistante, immobile, certainément fixée au squelette. Par le toucher rectal on constate que le

lobe droit de la prostate est très volumineux, dur aussi et bosselé. Tout ce qu'on peut sentir de la prostate est infiltré ; l'ampoule rectale est remplie par cette tumeur. Si l'on cherche à y provoquer par la pression du doigt des oscillations d'arrière en avant, on ne peut y parvenir et il est évident que la tumeur qu'on sent à la partie antérieure du ventre et celle du rectum ne font qu'une tumeur ou tout au moins sont absolument en contact. Parmi les accidents que doit provoquer cette masse énorme on peut compter des constipations passagères, une pollaxiurie qui a duré deux mois, les douleurs irradiées dans les jambes, qui avaient forcé le malade d'entrer à l'hôpital. Il ne se doutait pas avant qu'on l'examine à l'Hôtel-Dieu de l'existence de la tumeur qu'il avait dans le ventre. Le médecin qui l'avait soigné en 1886 ne l'avait pas recherchée non plus. Une circonstance particulaire pouvait faire croire, que, outre les néoplasmes qu'on pouvait sentir,d'autres inaccessibles évoluaient aussi dans le cerveau. Le visage du malade présente l'aspect d'une paralysie faciale droite. La bouche et le nez sont déviés à droite. L'orbiculaire des paupières et la luette sont intacts. Pas dè troubles dans la sensibilité ; réaction électrique conservée. Mais le malade affirme qu'il a toujours été comme cela ; sa femme dit aussi qu'elle l'a toujours vu ainsi. Il est donc probable que la déviation de ses traits est due à une asymétrie de hasard plutôt qu'à une lésion organique du cerveau.

Poumons. — Les poumons ne présentent rien d'anormal à l'auscultation et à la percussion. Le malade n'a jamais craché de sang. Il ne tousse pas.

Foie. — Normal comme volume. Jamais de douleurs à ce niveau, ni de symptômes se rattachant à une lésion de cet organe. Rien ne se remarque du côté de la rate.

Urine. — La miction en ce moment se renouvelle toutes les heures pendant la nuit ; ce phénomène existe seulement depuis quelques jours. L'examen chimique n'a révélé aucune altération.

Sang. — La proportion des leucocytes et des hématies est à

peu près normale. On ne trouve pas de microbes dans le sang ni dans les tumeurs.

Etat général. — Satisfaisant. Le malade mange bien ; il n'a aucun signe d'une cachexie commençante. Il prétend avoir un peu maigri. Il n'a pas de syphilis, ni d'acoolisme. Il y a quelque temps, il a remarqué que sa vue avait baissé considérablement du côté droit et cela presque subitement, du jour au lendemain. Depuis il a des mouches volantes, des lueurs fugitives. Il peut à peine lire de l'œil droit. Faut-il rattacher ce phénomène à l'hypothèse d'une tumeur encéphalique ? C'est ce que l'autopsie seule peut dire.

Le diagnostic porté au premier abord par M. Reclus fut cysticerques à cause de la transparence. M. Vidal qui vit le malade pencha pour des fibromes multiples. Pour assurer le diagnostic, le 8 mars, M. Reclus fait une incision de 2 centimètres sur une tumeur grosse comme une noisette située au-dessus du pli de l'aine gauche. « Aussitôt jaillit pour ainsi dire une masse solide, blanche, lobulée et entourée d'une membrane fibreuse des plus nettes. Il ne s'agissait donc point de cysticerques. » (1) La surface de section sur une coupe « était humide, grenue, friable sous une pression énergique. Le raclage donnait des débris de tumeur, mais point de suc lactescent. A l'œil nu on n'apercevait pas de vaisseaux ouverts. » (2)

10 mars. Pour pratiquer l'examen histologique on enlève une tumeur qui n'ait aucune chance d'être développée dans un ganglion. M. Reclus fait une incision de cinq centimètres sur une tumeur grosse comme une noix, située entre le bord interne de l'omoplate gauche et l'épine dorsale. La tumeur comme la première apparaît encapsulée, blanche, irrégulièrement bosselée, mais semble de génèse plus ancienne. L'examen a été fait au collège de France par M. Darié ; voici son observation : « Les tumeurs sont lobulées et les différents lobules sont séparés par des travées de

(1) Reclus. Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.
(2) Id.

tissu conjonctif normal. Ils sont entièrement constitués par des éléments embryonnaires fusiformes pressés les uns contre les autres. Ils dessinent des faisceaux dirigés en tous sens et sur la coupe on trouve côte à côte des faisceaux sectionnés transversalement et d'autres longitudinalement ce qui fait que les uns semblent constitués par des éléments arrondis et les autres par des éléments en fuseaux. A nn faible grossissement on reconnaît l'existence d'un grand nombre d'espaces irréguliers et anguleux qui sont la coupe de cavités vasculaires dont quelques-unes contienneut encore du sang; ces espaces sont creusés dans le tissu sarcomateux sans autre paroi qu'une couche d'éléments de même nature que ceux du néoplasme.

On ne trouve nulle part traces des éléments normaux de l'hypoderme ; les lobules adipeux et les nerfs en particulier font défaut ; mais il existe une membrane d'enveloppe continue, épaisse et constituée par du tissu fibreux. Aussi la tumeur, nettement enkystée, n'est unie aux tissus ambiants que par les rameaux vasculaires qui se détachent des artères et des veines voisines. Le diagnostic anatomique est donc des plus nets ; il s'agit du sarcome fasciculé de Ranvier, ou pour me servir des autres termes employés encore pour désigner ce néoplasme, du sarcome fuso-cellulaire des Allemands, la tumeur fibro-plastique de Lebert et de Robin. »

18 mars. On enlève au bistouri les deux tumeurs situées sous le menton.

20 mars. Incision de cinq centimètres sur la tumeur de la cuisse droite. Les tumeurs sont extirpées toujours avec la même facilité. La réunion se fait par première intention. Dans la suite, on ne constate aucune récidive sur place. Sous l'influence du repos, les douleurs ont diminué. Elles reviennent de temps en temps par accès et s'irradient dans la fosse iliaque dans la région lombo-sacrée et dans la cuisse. Elles ont lieu surtout la nuit et pour les faire disparaître le malade a trouvé comme remède de se lever et de marcher.

25 mars. Les douleurs ne se sont plus reproduites dans la cuis-

se droite après l'ablation de la tumeur. Elle siègeait sous la peau non loin du paquet vasculo-nerveux ; on ne pouvait cependant pas mettre la douleur sur son compte. C'est celle qui avait été prise en 1885 pour un tubercule douloureux. Les douleurs qui avaient cessé dans la jambe droite se déclarent dans la jambe gauche et le malade découvre une nouvelle tumeur audessous du sommet du triangle de scarpa.

29 mars. M. Reclus institue un traitement arsénical. Dans la tumeur de la face, située sur le bord antérieur du masséter gauche et adhérente à la face, profonde de la peau, on injecte 6 gouttes de liqueur de Fowler, mélangée d'eau distillée à parties égales. En même temps on injecte sous la peau de la cuisse 6 gouttes de la même solution pour agir à la fois localement et sur toute l'économie.

30 mars. On ne fait pas d'injection.

31 mars. 10 gouttes sont injectées dans la tumeur et 6 dans la cuisse.

1er avril. La tumeur du masseter n'a pas encore changé de volume sous l'influence des injections. Derrière l'oreille du même côté, se trouve une grosse tumeur du volume d'une noix : on y injecte 17 gouttes de la liqueur dédoublée.

2. Avril. 20 gouttes dans la même tumeur.

3 et 4 avril. Pas d'injections.

5, 6, 7 et 8 avril. 20 gouttes dans la tumeur; on n'y voit pas de changement. La tumeur du masséter a peut-être diminué un peu. Les douleurs ont à peu près disparu et le malade sort de l'hopital le 8 avril. On lui recommande de prendre par jour 3 cuillerées d'huile de foie de morue et 6 gouttes de liqueur de Fowler non dédoublée, à l'intérieur. Tous les deux jours il doit revenir à l'Hôtel Dieu pour qu'on lui fasse des injections interstitielles.

11 avril. Le malade revient comme il est convenu. On lui injecte dans la tumeur du cuir chevelu 20 gouttes de la liqueur de Fowler dédoublée et ce jour là il ne prend rien à l'intérieur. Il se plaint d'éblouissements, de crampes d'estomac, de maux de tête, de douleurs à l'épigastre. Il n'y a pas d'éruption ni de sécheresse de la

gorge ; mais les symptômes qu'il éprouve et qu'on peut mettre sur le compte de l'arsenic empêchent qu'on ne pousse vigoureusement le traitement arsenical.

13 avril. Même traitement malgré les malaises qui persistent. Pas de changement dans le volume des tumeurs.

15 avril. Même traitement. Envies de vomir, constipation. Depuis deux mois, parait-il, le malade a remarqué qu'il a plus de peine à aller à la selle. Pendant quelques jours, sur la cicatrice des noyaux enlevés au menton, on a trouvé une certaine induration qui pouvait laisser croire à une récidive. Mais aujourd'hui, toute induration a disparu.

17 avril. Pas de changement.

19 avril. Pas d'injection. 6 gouttes de liqueur de Fowler à l'intérieur.

21 avril. 20 gouttes d'injectien dans la même tumeur qui ne change pas. Les symptômes d'embarras gastrique ont cessé de même que la constipation.

Il y a aujourd'hui un mois et demi qu'on a fait le premier dénombrement des tumeurs du malade. Il était intéressant de savoir si elles s'étaient beaucoup multipliées pendant ce court espace de temps. Le compte des tumeurs est fait aussi exactement que possible.

Dans le cuir chevelu, on en compte 48. Les plus petites offrent la sensation d'une tête d'épingle aplatie placée dans l'épaisseur de la peau. La plus grosse siège en arrière du pavillon de l'oreille du côté gauche. C'est celle où l'on fait des injections de liqueur de Fowler ; elle a 35 mm. de diamètre vertical sur 27 mm. de diamètre transversal, peau comprise. Elle est régulière, élastique, molle, relativement aux plus petites ; la peau est rouge, variqueuse, non adhérente, amincie ; les cheveux y sont écartés en raison de la disténsion de la peau. La piqûre de la seringue de Pravaz déterminait chaque fois l'issue de quelques gouttes de sang. Quelque temps avant l'entrée du malade à l'hôpital cette tumeur aurait diminué de volume. La laxité de la peau qui la recouvre pourrait s'expliquer ainsi. Le malade est très affirmatif sur cette regression partielle.

Entre cette tumeur et les noyaux gros comme des têtes d'épingle on trouve dans le cuir chevelu tous les intermédiaires comme volume et comme consistance. La forme n'est pas partout aussi régulière. En arrière de l'oreille droite, on trouve un noyau de 18 mm. qui présente un point très saillant, un bourgeon sur lequel la peau est très amincie, mais cependant pas ulcérée.

A la face, nous ne trouvons qu'une tumeur sous-cutanée, vers le bord antérieur et à la partie moyenne du masseter gauche. On y a fait aussi quelques injections de liqueur de Fowler, mais il n'y a eu que des variations de volume insignifiantes. Elle a actuellement 7 mm. sur 13. Elle fait une légère saillie à la peau à la face profonde de laquelle elle adhère. Le tégument est légèrement violacé.

Au dessous du menton les cicatrices des deux tumeurs qu'on y a enlevées ne sont le siège d'aucune récidive.

Il y avait donc trois tumeurs à la face.

Au cou nous trouvons, en arrière à droite, la grosse masse des muscles de la nuque vers leur insertion à l'occipital. Elle a 5 cent. et 1/2 de diamètre. La tumeur du sterno-mastoïdien fait une saillie très-marquée et a un diamètre de 2 cent. et 1/2.

Sur la face interne du bord antérieur du sterno-mastoïdien du même côté, profondément dans le tissu cellulaire, on sent un noyau allongé verticalement, pouvant être un ganglion ; il repose presque directement sur la carotide dont il transmet parfaitement les battements

La glande thyroïde est farcie de bosselures, on peut en compter cinq sous le doigt, elles suivent l'organe dans ses mouvements pendant la déglutition.

Si l'on joint à ces tumeurs un noyau sous-cutané situé en arrière et qui n'a rien de spécial, le nombre de celles qui sont tangibles au cou est donc de 9.

Sur le tronc, à la face antérieure nous avons quatre tumeurs, sous-cutanées, disséminées sur le thorax. A l'abdomen, à cause des régions ganglionnaires comme les aines le compte est hypothétique. Dans ces régions, on trouve de petits noyaux faisant

saillie sous la peau, évidemment extra-ganglionnaires ; à côté de cela et plus profondément, on sent ces petites tumeurs présentant la même dureté et le même aspect que les autres tumeurs sous-cutanées. Dans cette incertitude, nous avons compté tout ce qui était noyau appréciable au toucher, nous réservant de diminuer le chiffre des néoplasmes si une ablation et un examen ultérieur venaient nous prouver notre erreur. Nous avons compté ainsi une dizaine de tumeurs dans les deux aines.

La verge est farcie de noyaux durs. On en compte cinq dans les corps caverneux et ûn dans le bulbe de l'urèthre. Il y en a un sous-cutané au voisinage de l'anus. Celui qui est suspendu au cordon est remarquable par sa forme cubique.

Enfin la grosse masse profonde de la fosse iliaque fait actuellement saillie sous la paroi abdominale. Son diamètre est d'environ 10 cent. Elle déborde de 3 travers de doigt à gauche de la ligne médiane et remonte à 2 doigts de l'ombilic. On sent sur le devant de la tumeur une autre plus petite, grosse comme une noix, qui forme comme un satellite à la première. Dans le rectum, la saillie du néoplasme est toujours la même ; mais il y a eu évidemment un certain développement en avant. La peau de l'abdomen présente quelques veines dilatées sur la partie la plus saillante de la tumeur. Le malade se plaint de cuissons à l'anùs.

Immédiatement à gauche de l'ombilic, on trouve une tumeur ronde très-aplatie dans l'épaisseur du muscle grand droit ; elle ressemble à un verre de montre fixé sous la peau sur l'aponévrose.

En arrière, dans le dos, le nombre des tumeurs est moins considérable qu'en avant. On en compte une douzaine. On en sent une volumineuse noyée dans la masse des muscles sacro-lombaires à droite. Une autre dans la masse des fessiers à gauche. Le malade sent cette dernière qui est très-profonde se déplacer brusquement sur l'os iliaque, lorsqu'il contracte ses muscles pour marcher.

Les membres n'ont que peu de tumeurs. Le bras gauche en possède une dans le tricèps. Dans l'aiselle droite, on sent un noyau qui est sous-cutané ; il est adhérent à la face profonde de la peau. Il est impossible que ce soit un ganglion. Profondément, on ne

sent pas de tumeur ; dans l'aiselle gauche, il n'y en a pas non plus. A l'avant-bras droit, à la face interne, existe un autre noyau sous-cutané.

Les jambes n'ont absolument rien. Sur la cuisse droite, existait la tumeur enlevée le 20 mars. La plaie est réunie ; pas de récidive. Les douleurs qui avaient disparu, après cette ablation, ont repris depuis. Dans la cuisse gauche, sous le bord interne du couturier, on trouve deux tumeurs divisant la longueur de la cuisse en trois parties égales. La tumeur inférieure nous a semblé présenter quelques variations de volume, mais comme elle est assez profonde, comme il faut pour la trouver porter la cuisse en abduction et faire fléchir la jambe, il est difficile de bien juger de sa masse.

Le nombre des tumeurs comptées le 21 avril, est donc de 100 environ. Comme le 7 mars, on n'en a compté qu'une cinquantaine. elles auraient donc doublé de nombre dans l'espace d'un mois et demi. Sans admettre absolument un tel accroissement il est incontestable que la multiplication a été considérable.

23 avril. Injection de 20 gouttes dans la tumeur du cuir chevelu. Le malade a vomi dans la nuit, il se plaint de douleurs à l'estomac, il a mauvaise mine. La tumeur du ventre semble adhérente à la face profonde de la paroi abdominale. Un symptôme qui peut être très-important, s'il persiste, se montre pour la première fois : le malade a craché du sang en toussant. L'auscultation et la percussion ne revellent rien de bien net.

24 avril. 6 gouttes de liqueur de Fowler à l'intérieur comme d'habitude.

24 avril. Le malade souffrant, de l'estomac et de douleurs dans les jambes est rentré, la veille à l'Hôtel-Dieu, au nº 5 de la salle St Landry. Dans la nuit, il a encore eu des crachats sanglants. A gauche dans la fosse sous-épineuse, la respiration est un peu soufflante. C'est tout ce qu'on note dans l'examen de la poitrine. Le sommeil est impossible à cause des douleurs qui se produisent dans la jambe gauche, du genou à la cheville principalement. Dans le creu poplité gauche, on trouve deux petits noyaux nou-

veaux, assez profonds. L'inférieur est gros comme une noisette ; l'autre, supérieur, est plus petit. Le malade prend 6 gouttes de liqueur de Fowler, matin et soir. Pas d'injection.

27 avril. Même traitement.

28 avril. Id. On enlève la tumeur située sur la joue gauche, après une pulvérisation d'éther. La tumeur s'énuclée parfaitement comme les autres. On fait un point de suture.

29 avril. Même traitement. Injection de morphine la nuit pour calmer les douleurs.

30 avril. Même traitement. Les douleurs se manifestent dans les deux jambes. On trouve à la nuque, à gauche de la ligne médiane, un petit noyau gros comme une tête d'épingle. Dans le triangle sus claviculaire gauche, un nouveau noyau saillant allongé se montre sous la peau. Plus profondément et au-dessous, petite masse difficile à sentir. Au-dessous de celle-ci, juste au bord du trapèze, tumeur grosse comme une noisette. Le nombre des tumeurs est actuellement de 105.

3 Mai. Même état ; le nombre de gouttes n'a pas été augmenté ; les douleurs sont toujours très-vives. Le malade se plaint d'avoir comme une barre sur l'épigastre. On ne sent pas de tumeur à ce niveau ; il est probable qu'il y en a profondément. L'appétit se perd. La plaie de la joue a parfaitement guéri.

8 Mai. Le malade désespéré de ce qu'on ne le soulage pas quitte l'hôpital. Pour ses douleurs, on lui a donné 4 gr. d'antipyrine, la veille ; mais cela n'a produit aucun résultat.

Nous ne revoyons le malade que le 14 juin ; la tumeur du sterno-mastoïdien gauche a augmenté de volume etproéminе d'avantage. Un nouveau noyau gros comme une tête d'èpingle est apparu à la partie moyenne du bord inférieur du maxilaire inférieur à gauche. D'une manière générale, les tumeurs du cuir chevelu ont augmenté de volume. Quelques-unes voisines se sont fusionnées ; d'autres en plus grand nombre sont restées stationnaires. Dans le triangle sus-claviculaire gauche, on ne trouve plus qu'une tumeur ; les tumeurs plus profondes qui étaient sensibles le 30 avril, ne sont plus senties.

A l'ombilic, outre la tumeur musculaire profonde qui a augmenté de volume, on trouve une tumeur sous cutanée profonde comme une lentille bi-convèxe. Le malade se plaint de douleurs à ce niveau.

La grosse masse viscérale de l'abdomen n'a pas augmenté sensiblement. La saillie n'est pas plus grande, la peau n'est pas plus rouge, la tumeur du rectum est aussi volumineuse. Il n'y a pas de gêne du côté de la miction ou de la défécation.

Dans la verge, on compte un noyau de plus.

Dans le dos, on trouve sous la peau trois noyaux nouveaux comme des noisettes. La masse musculaire des lombes a pris un grand développement et elle se dessine sous la peau. La fesse posséde plusieurs masses profondes qu'à travers les muscles, on ne peut pas bien délimiter. Les autres tumeurs n'ont pas changé. Le nombre de celles qui ont paru est de 111 ; 2 ont disparu, 6 ont été enlevées au bistouri.

Depuis trois semaines, le malade vivement préoccupé de ses douleurs est allé consulter un médecin qui a la spécialité et la réputation de guérir les incurables. Celui-ci lui fait prendre tous les deux jours une liqueur blanche qui fait aller une dizaine de fois à la selle. Entre deux les purgations, on prend une cuillérée d'une liqueur brune. Ce traitement intensif doit durer un mois au moins et peut-être deux ou trois. Le malade s'est trouvé soulagé tout de suite, parait il ; les douleurs qui l'empêchaient de dormir, quand il est sorti de l'hôpital, ne revienne plus que d'une manière passagère et insignifiante. Il mange bien, dit il, et se porte bien, malgré la débilitation que lui occasionne ses dix selles tous les deux jours depuis trois semaines. Néanmoins, il vient demander à M. Reclus de lui enlever une ou deux tumeurs des plus saillantes de la tête, qui déparent sa physionomie.

Le 18 juin, après avoir injecté un gramme d'une solution à 4 0/0 de cocaïne dans l'épaisseur de la peau sur le trajet que doit suivre le bistouri, M. Reclus fait une incision verticale de 5 centim. sur la tumeur du sterno-mastoïdien. Celle ci encapsulée comme les autres est enlevée aussi facilement, malgré son siége, sous l'a-

ponévrose du muscle. Le malade n'a pas souffert du tout de la section de la peau ; il n'a senti que lorsqu'on a enfoncé une spatule pour extirper le néoplasme. Il s'est trouvé un peu étourdi après l'opération ; mais il a pu s'en aller chez lui à pied, après le pansement qui a consisté en un bandage compressif sur la plaie suturée avec deux crins de Florence.

23 juin. La réunion s'est opérée. M. Reclus enlève alors la tumeur qui se trouve derrière l'oreille et qui est la plus volumineuse du cuir chevelu. L'opération est identique aux autres et la guérison de la plaie aussi facile. La cocaïne a ègalement bien réussi à insensibiliser. Le nombre des tumeurs enlevées est aujourd'hui de huit.

2 octobre. Nous ne revoyons le malade qu'au bout de trois mois. Pendant deux mois, il a suivi le traitement de son médecin. Il prétend que pendant ce temps, il n'a ressenti que peu de douleurs et que les tumeurs n'ont pas augmenté. Mais maintenant il ressent quelques douleurs dans la jambe gauche et surtout des picotements à l'anus. Il ne souffre, ni pour uriner, ni pour déféquer ; mais il souffre de l'anus particulièrement la nuit. Un examen superficiel nous permet de constater que des tumeurs nouvelles se sont montrées, et que d'autres ont augmenté. Mais le sujet prétend qu'il n'aurait rien vu paraître pendant le cours de son traitement et que ce serait à partir de huit jours, après qu'il l'aurait cessé que les tumeurs se seraient mises à croître de nouveau. Aucune récidive ne s'est faite sous les cicatrices des tumeurs enlevées.

Le 18 novembre, nous apprenons que l'état du malade se maintient à peu près bon. Il a bon appétit, mais il pâlit. Ses forces ne l'ont pas encore abandonné complètement, puisqu'il continue à diriger des ouvriers. Les tumeurs, nous dit sa femme, ont augmenté beaucoup de nombre et de volume. Aucune des tumeurs antérieures n'aurait regressé ou disparu. Le malade ressent souvent, particulièrement le soir, des crises douloureuses parfois très-violentes, siégeant dans les reins, le ventre, derrière le stermun. Elles durent quelquefois un quart d'heure ; parfois il souffre moins, mais plus longtemps. Depuis plusieurs mois, il ne suit absolument

aucun traitement. Il a pendant un certain nombre de jours de la constipation, puis les selles reviennent normalement. Les cuissons à l'anus se font toujours sortir. Il y a parfois des éblouissements passagers.

OBSERVATION II (*Résumée*) (*Dans Perrin th.* 86)

Diathèse sarcomateuse, vaste sarcome sous le foie datant de trois ans avec tumeurs sarcomateuses secondaires et multiples du tissu cellulaire sous-cutané. (*Millard, Soc. med. des hop. 28 Mai 1880.*)

M. A. 42 ans, ménagère entre à Beaujon le 21 août 1878, salle St Claire n° 33, dans le service de M. Millard.

Mère morte à 58 ans d'un cancer de l'utérus. Manifestations scrofuleuses pendant son enfance : gourmes, glandes, maux de gorge. Plus tard, ulcération de la matrice. Pas d'antécédents syphilitiques. Pas d'enfants, ni de fausses couches, ménopause à 38 ans. coïncidant avec le début de l'affection.

Dix-huit mois avant son entrée à l'hôpital, apparition d'une tumeur au creux de l'estomac. En même temps troubles digestifs vomissements. La malade entre dans le service du professeur Lefort qui l'envoie au Vésinet. Elle en revient avec une pleurésie double, guérie assez rapidement dans le service M. Maurice Reynaud au mois d'août 1878.

1879. 7 janvier. Tumeur volumineuse abdominale faisant saillie au niveau de l'hypochondre et du flanc droit visible en avant et latéralement. En haut elle se confond avec le foie et semble s'insinuer sous les fausses côtes ; en bas se termine en s'arrondissant au niveau d'une ligne passant par la crète iliaque droite. Pas d'adhérences à la paroi. On ne sent pas la tumeur en arrière. Consistance dure et rénitente en une seule masse.

Il n'y a pas d'œdème des jambes ni de la paroi. Circulation collatérale assez développée sur la paroi abdominale et allant de haut en bas.

On trouve en outre une tumeur dans la mamelle gauche, dans l'aisselle droite, plusieurs petits ganglions et une tumeur plus superficielle du volume d'une lentille. A gauche tumeur semblable.

Autrès tumeurs sur le lobe gauche du corps thydroïde et dans l'aine.

Grandes fonctions intactes. — Pas de syphilis. Rien dans l'urine ni le sang. Iodure potassium 2 gr.

19 janvier. Retour des règles. Apparition d'une tumeur dans la fosse sus-épineuse gauche du volume d'une noix.

23 janvier. A droite, sous la grosse tumeur abdominale autre tumeur plus petite mobile et indépendante.

3 février. Tumeur de la fesse gauche. La malade prend 3 gr. d'iodiure de potassium.

12 février. Tumeur au niveau de l'omoplate à droite.

31 mars. Pas de tumeurs nouvelles ; une principale, celle de l'abdomen, huit secondaires ; deux ont été enlevées à l'aine gauche (8 février) et dans le dos (21 février) pour en faire l'examen histologique. On porte alors l'iodure à 3 gr. mais la dyspepsie qu'il provoque le fait supprimer.

Mai 1879. Après avoir donné sans résulatts les préparations de pepsine, de quinquina, d'arsenic, d'iodure de fer, la viande crue, la diète lactée, etc. M. Millard donne dans une potion cordiale de la teinture d'iode d'abord à doses faibles (II gouttés) élevée graduellement à la dose de XII gouttes.

23 juin. Troubles dyspeptiques. Œdème des jambes sans albuminuies.

10 juillet. Amélioration. Tienture d'iode 15 gouttes.

Novembre. Grande amélioration coïncidant avec le retour des règles ; plus d'œdème, de douleurs ni d'ascite. Les tumeurs se sont rétractées. La teinture d'iode en topique a rapidement fait diminuer celles du corps thyroïde.

18 mars 1880. Le nombre des tumeurs est plus grand qu'un an auparavant. La pullulation ne semble pas arrêtée ; à chaque examen on en constate de nouvelles. Les plus petites sont plates, lenticulaires, ou orbiculaires ; les plus volumineuses, sphéroïdales ; toutes ont des surfaces et des bords arrondis. Leur consistance est ferme plutôt que dure et élastique, rappelant celle des fibromes, uniforme.

Comme siège anatomique, elles sont superficielles, situées non dans l'épaisseur, mais au-dessous de la peau qui est libre d'adhérences en général et glisse facilement sur elles ; elles sont mobiles sur les parties sous-jacentes. Leur indolence est absolue.

Pas de leucoçythemie. Toucher vaginal négatif. Pas de retentissement sur les ganglions sauf dans l'aisselle.

Les tumeurs sont développées de préférence sur le tronc.

Pendant la période de rémission, de nouvelles tumeurs sous-cutanées apparaissent pendant que les anciennes diminuent de volume et au niveau des tumeurs enlevées pour l'examen histologique, il y avait récidive sur place.

Avril 1880. L'amélioration a continué. Embonpoint et appétit. Etat général bon. Menstruation continue.

Tel était l'état de la malade quand elle fut présentée à la société médicale des hôpitaux le 28 mai 1880.

Le 25 juin. Sans cause appréciable, la malade éprouve une poussée douloureuse du côté de toutes les tumeurs. Le néoplasme de l'abdomen augmente de volume d'une manière sensible. A partir de cette époque l'état de la malade alla en s'aggravant ; il y eut quelques améliorations passagères de très-courte durée. Les tumeurs restaient à peu près stationnaires ; il ne s'en montra qu'une nouvelle au niveau de la partie supérieure du grand pectoral droit.

L'état général se ressentit profondément de ce changement. La toux devint fréquente, convulsive avec expectoration muqueuse abondante. L'auscultation fit reconnaître une double pleurésie sèche.

La dyspepsie s'accompagna d'une abondante diarrhée avec coliques. L'œdème des membres inférieurs et l'ascite disparurent quand la diarrhée s'établit, mais se montrèrent bientôt de nouveau. Douleurs assez vives soit sur les tumeurs, soit dans la région épigastrique. La malade mourut le 18 novembre 1880 d'épuisement avec algidité progressive.

Autopsie. — La tumeur abdominale n'était pas dans le foie ; elle pesait 2680 gr. Elle avait pris naissance dans l'espace retro-péritonéal, dans l'atmosphère graisseuse du rein, avait contracté des adhérences avec le foie et comprimé en les atrophiant le rein et la capsule surrénale droits.

Les poumons offraient d'assez nombreux nodules néoplasiques. Quelques-uns se montraient sur la capsule du foie et le du rein droit. Les tumeurs sous-cutanés étaient développées dans tissu cellulaire sous-cutané revêtues d'une capsule fibreuse, solide, sans ramollissement ni dégénérescencek ystique. Cependant une des tumeurs située à la fesse gauche a son centre ramolli; elle a subi la dégénérescence kystique avec foyer hémorrhagique ancien : le sang contenu a la couleur chocolat des vieux kystes sanguins.

Le système veineux était atteint par la néophosie ; on trouva un gros bourgeon sarcomateux dans la veine cave inférieure au point où elle s'abouche dans l'oreillette droite.

L'examen histologique avait été fait pendant la vie de la malade par Malassez, sur deux échantillons pris l'un dans le dos l'autre à l'aine. La tumeur du dos était entièrement composée de cellules fusiformes, disposées par faisceaux dirigés en différents sens, en sorte que sur une coupe on a la vue des faisceaux coupés longitudinalement, transversalement ou obliquement. Elles renferment un ou deux noyaux avec nucléole. Il existe très-peu de faisceaux conjonctifs et les vaisseaux n'ont pour la plupart qu'une paroi embryonnaire. En résumé, sarcome fasciculé de Cornil et Ranvier ; sarcome fuso-cellulaire de Virchow tumeur fibro-plastique de Lebert.

La tumeur de l'aine ne présente aucun caractère du tissu ganglionnaire; quelques parties myxomateuses, d'autres caséeuses. Dans certains points les éléments sont devenus granulo-graisseux.

L'autopsie montra que la tumeur de l'abdomen et celles situées dans d'autres points avaient la même constitution. Toutes sont nettement encapsulées. Quelques fibres élastiques dans la capsule. On peut suivre le développement de la tumeur qui, en certains points, les plus anciens, ne présente que des faisceaux connectifs et quelques rares cellules fusiformes; ailleurs, les éléments fusiformes dominent; enfin dans les parties les plus jeunes existent de nombreuses cellules embryonnaires. Nulle part les lymphatiques ne sont atteints. Pas de lymphangite pleurale. Les noyaux les plus superficiels du poumon étaient pédiculisés, les autres sessiles.

Observation III

Diathèse sarcomateuse. — Tumeur du foie.— Tumeurs sous-cutanées sarcomateuses multiples (*Laboulbène. Bull. de la soc. méd. des hop*. 28 *Mai* 1880.)

« J'ai observé un homme d'une cinquantaine d'années à la Charité, présentant des tumeurs pareilles à celle de la malade de M. Millard. Cet homme est en quelque sorte le pendant de la femme qui vient de nous être présentée. Le malade paraissait beaucoup plus vieux que son âge; il est sorti une première fois très-amélioré et il est revenu dans nos salles pour y mourir. J'avais remarqué sur diverses parties du corps, au bras droit et gauche, sur le dos, le ventre et les cuisses, une série de petites tumeurs semblables à celles que porte la malade de M. Millard, mais un peu plus vasculaires et plus cutanées que sous-cutanées par rapport à leur situation. Le diagnostic de ces tumeurs a été discuté. Je les ai montrées aux professeurs de clinique venus pour les examens à la Charité. L'opinion générale était qu'il s'agissait de sarcomes ou

de tumeurs filbro-plastiques. La pensée de cysticerques n'est venue qu'à un seul candidat ; elle n'avait rien de soutenable.

L'une de ces tumeurs enlevée, puis examinée au microscope suivant les procédés de la technique ordinaire : durcissement, coupes minces, etc., montra un sarcome fasciculé myxoïde. Le foie chez mon malade était hypertrophié. J'ai vu les tumeurs se développer lentement et le foie augmenter de volume, puis sous l'influence d'un traitement par les iodiques et surtout par l'iodure de potassium, la diminution des tumeurs eut lieu et une amélioration très-grande fut obtenue. Le malade se trouvait si bien qu'il sortit se croyant en voie de complète guérison. Mais plusieurs mois après, il est revenu avec un aspect cachectique prononcé, présentant de l'ascite, le foie beaucoup plus gros, offrant de nouvelles tumeurs et il ne tarda pas à succomber.

L'examen histologique confirma la structure sarcomateuse de toutes les productions anormales, les unes plus particulièrement formées de cellules embryonnaires, les autres de cellules fusiformes avec matière amorphe interposée. »

Nous nous emparons de l'observation de M. Laboulbène bien que les tumeurs de son malade fussent « plus vasculaires et plus cutanées que sous-cutanées » parce qu'elles ne semblent pas rentrer dans la sarcomatose cutanée telle que l'a décrite Perrin (1) sous le nom de type Kaposi. En effet, dans le cours de la discussion, M. Vidal ayant rapporté l'observation d'un cas appartenant évidemment au type Kaposi, M. Laboulbène élève quelques doutes sur la nature de l'affection ; il est frappé de l'existence de ces taches que M. Vidal a signalées à plusieurs reprises. (2) Il faut songer aussi que M. Laboulbène avait sous les yeux en faisant sa communication la malade de M. Millard, et qu'il

(1) Perrin. De la sarcomatose cutanée. Paris 1886.
(2) Bull. de la soc. méd. des hôp. Séance du 11 juin 1880.

dit : « Cet homme est en quelque sorte le pendant de la femme qui vient de nous être présentée. » Nous regrettons seulement de ne pas avoir sur ce cas une observation plus circonstanciée.

M. Ed. Labbé dans la même séance du 28 mai 1880, dit aussi avoir vu dix mois auparavant un malade atteint d'une affection sacormateuse généralisée analogue à celle que M. Millard a présentée. Malheureusement malgré toute son obligeance M. Labbé n'a pas pu nous communiquer l'observation de son malade, dont l'autopsie, du reste, n'avait pas pu être faite.

Observation IV

Sarcomes multiples à cellules rondes; disparition spontanée, par James Gairdner et Joseph Coats.(Transactions of the path. Soc. of. London 1879) (*Rapportée dans la thèse de Perrin.*)

V. 52 ans, d'une santé robuste jusqu'en 1877 (14 mois avant la visite du Dr Gairdner qui eut lieu en juillet 1878.)

Le premier signe de l'altération de la santé fut l'apparition de tumeurs sous-cutanées en différents points du corps, d'abord sur l'abdomen entre l'ombilic et la crête iliaque, puis sur la tête et enfin sur les épaules.

Leur apparition fut accompagnée de douleur et l'attention du malade fut ainsi attirée au moment de la formation de chaque nouvelle tumeur. Cette douleur avait un caractère aigu et déchirant, mais diminuait graduellement, dès qu'elles atteignaient leur entier développement ; aussi les examinait-on moins souvent si bien qu'il arrivait qu'elles avaient disparu quand on voulait les constater de nouveau. Certaines qui ne disparaissaient pas diminuaient

de volume peu à peu et souvent si rapidement qu'en quelques jours, il y avait une différence très-appréciable.

Cet état continua pendant six ou sept mois ; le malade espérait toujours que ses « ennemies », comme il les appelait, à force d'apparaître et de disparaître finiraient par ne plus se montrer. Mais il n'en fut rien, et le malade commença à éprouver de l'affaiblissement et de la perte de l'appétit. C'est à cette époque que le vit le Dr Thomson dont l'attention se porta particulièrement sur une des premières tumeurs parues. Elles siégeait sur la paroi abdominale immédiatement au-dessus de la crête iliaque, près de l'épine iliaque, antéro-supérieure ; c'était la plus volumineuse de toutes, mesurant 4 pouces sur 3. La première impression du Dr Thomson fut que c'était un lipome, mais, suivie pendant un ou deux mois, elle paraissait diminuer et deux mois après quand il voulut la rechercher il n'en trouva plus aucune trace. D'autres eurent assurément la même évolution, mais ne furent pas suivies.

Cette période dura pendant 10 mois après le début jusqu'à deux mois avant la terminaison de la maladie. Pendant cette période, la santé générale subit des modifications ; amaigrissement, perte de l'appétit, puis se produisit une aggravation avec hoquet, d'abord sans vomissements, puis avec vomissements, douleurs à la région lombaire gauche s'étendant à l'ombilic et un peu au-dessous, si bien que l'on crut à la présence d'un calcul dans l'urètre. Mais l'urine était normale. Les phénomènes aigus se calmèrent, mais le hoquet persista pendant quelque temps. Enfin les mêmes symptômes se reproduisirent, puis nouvelle amélioration, le hoquet reparaissant de temps à autre.

C'est vers cette époque, juillet 1878 que le Dr Gairdner vit le malade avec le Dr Thomson et constata l'état suivant. Les tumeurs peuvent être divisées en tumeurs immédiatement sous-cutanées et en tumeurs plus ou moins intimement unies au tissu cellulaire sous cutané. La seconde classe comprend les tumeurs les plus considérables au point de vue du volume, non adhérentes à la peau, aux muscles, aux aponévroses, aux os ou aux cartilages ; leur forme en général est globuleuse ou ovoïde. La sensation qu'elles don-

naient à la main rappelait celle du sarcome ou d'un lipome à consistance ferme; mais on ne sentait pas de kyste; elles n'étaient pas aussi dures que du fibrome, mais bien limitées, homogènes en apparence et n'avaient rien de la densité particulière et du caractère envahissant du squirrhe.

Quant aux tumeurs immédiatement sous-cutanées, elles étaient si intimement unies à la couche profonde de la peau que l'on pouvait se demander si elles avaient leur origine dans le derme ou dans quelques-unes de ses dépendances. Comme dimensions, la plupart avaient celles d'une fève; quelques-unes avaient des caractères qui rappelaient à la fois ceux du molluscum simplex et du tubercule sous-cutané douloureux ou du névrome. Beaucoup de ces tumeurs sous-cutanées adhéraient nettement à la peau qui était tendue au-dessus d'elles, lisse, un peu décolorée avec tendance à devenir bleuâtre; mais elles n'étaient pas très-saillantes, n'avaient pas de pédicule et ne montraient aucune tendance à s'ulcérer; pas de dilatations veineuses dans le voisinage, aucun signe d'oblitération des lymphatiques; enfin elles n'étaient pas le siège de la douleur excessive au toucher propre aux névromes; ce n'est qu'au moment de leur développement qu'il y a eu de la douleur très-vive sans localisation constante, ne siégeant pas toujours dans la tumeur même et ne s'irradiant pas suivant le trajet de quelque nerf particulier. Aussi peut-être était-elle dûe à la compression de troncs nerveux.

Mais le fait le plus curieux est que pendant le cours de leur évotion et de leur multiplication graduelle, beaucoup de ces tumeurs ou du moins un nombre suffisant pour mettre le fait hors de doute ont complètement disparu sans laisser de traces d'induration ou d'altération pathologique.

Le Dr Gairdner conseilla l'iodure d'arsenic à la dose de 1/2 grain 3 fois par jour en pilule.

Le 3 août, le Dr Thomson nota qu'il y avait au moins 30 tumeurs distinctes dans l'épaisseur ou au-dessous de la peau. Leur disposition était la suivante:

Cinq dans le cuir chevelu avec l'apparence de tumeurs sébacées

ordinaires, aucune d'elles n'est saillante et ne dépasse un demi pouce de diamètre. 17 sur le corps depuis la racine du cou jusqu'au niveau des reins ; on en trouve 3 dans le triangle sus-claviculaire droit, dont deux profondes et une près de la peau ; cinq sur les épaules omoplates, clavicules : une à gauche au milieu de la clavicule ayant un pouce et 1/2 dans son plus grand diamètre et qui est très distinctement lobulée ; une au-dessus de la clavicule à un pouce de l'acromion mesurant 3/4 de pouce de diamètre. Cinq sur une rangée s'étendant d'un point situé à 2 pouces en dehors du sein gauche à la paroi postérieure de l'aisselle ; 2 au-dessus du grand pectoral sont lobulées.

Outre ces différentes tumeurs, il y en a encore 12 décrites en diverses parties du corps : une sur le bras gauche peu mobile adhérente par la partie profonde ; une sur la paroi abdominale à gauche de l'ombilic à 3 pouces au-dessus et en dehors ; une au milieu du ligament de Poupart du côté gauche ; une dans le scrotum, mobile du volume d'un petit pois, surface lisse ; une sur la cuisse droite au-dessus des vaisseaux à 3 pouces au-dessous du ligament de Poupart ; une un peu au-dessus du condyle externe du fémur droit ; une sur la portion tendineuse du gastrocnémien droit ; une à la partie interne du jarret gauche à 3 pouces au-dessus de l'articulation du genou ; 4 près du milieu du dos, 2 à droite et 2 à gauche des apophyses épineuses à 3 pouces en dehors.

En tout il n'y avait pas moins de 34 tumeurs ; la plus volumineuse mesurant environ 2 pouces et 1/2 sur 2, est située dans le dos ; elle a été le siège d'une forte douleur.

Les dimensions de ces diverses tumeurs variaient depuis celles d'un pois cassé à 2 pouces et 1/2 sur 2.

Un grand nombre d'entre elles avaient un diamètre de 1/2 à 3/4 de pouce ou l'étendue d'une pièce d'un shilling. Elles variaient aussi dans leur rapport avec la peau ; quelques unes et surtout les plus petites étaient près de la peau, elles offraient un aspect bleuâtre ; d'autres étaient plus profondes et laissaient la peau se plisser facilement au dessus d'elles, mais en même temps produisaient une saillie distincte. Une troisième catégorie ne se décou-

vrait qu'à la palpation à cause de leur siége plus profond encore.

L'état général du malade continua à décliner encore ; il maigrit rapidement, devint abattu, assoupi, n'eut que peu d'appétit et eut presque toujours du hoquet et des vomissements, et il devint probable qu'il existait aussi des tumeurs dans les viscères.

La mort survint le 10 Août, le hoquet ayant été jusqu'à la fin le symptôme le plus pénible.

Autopsie. — Outre les tumeurs de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, il y avait un grand nombre de productions analogues dans la cavité abdominale, dont beaucoup sur l'intestin.

Plusieurs furent données au Dr Coats qui rapporte ce qui suit : Rein droit et capsule surrénale. — Le rein est normal ; dans son enveloppe cellulo-adipeuse plusieurs groupes de tumeurs.

La capsule surrénale-gauche a la forme d'une masse globuleuse et aplatie de 3 pouces 1/2 de diamètre ; en deux ou trois points de sa partie superficielle, on voit une tumeur arrondie, dans sa partie centrale on trouve une structure semblable à celle des autres tumeurs qui vont être décrites.

Tumeur trouvée au-dessous du rein droit et derrière le cœcum. C'est une masse irrégulière de 2 pouces et 1/2 de diamètre et composée en partie de tissu noir et en partie de sang extravasé.

Petite portion de l'intestin grêle avec tumeur en partie pédiculisée, du volume d'une moitié de cerise faisant saillie sur la surface interne. Dans le mésentère on trouve une autre petite nodosité. Dans l'intestin existe une autre tumeur pédiculisée naissant de la membrane muqueuse et remplissant le calibre du canal intestinal.

Toutes ces tumeurs ont une texture molle et presque toutes renferment des caillots sanguins.

A l'examen, on trouve qu'elles sont généralement composées de cellules rondes avec un reticulum très-légèrement developpé. Ces cellules sont un peu plus grandes que les globules rouges du sang, leurs plus grandes dimensions sont de 1/3200, mais avec des variations considérables.

Une grande tendance à la rupture et à l'hémorrhagie est le caractère frappant de beaucoup de ces tumeurs et peut probablement expliquer la disparition de quelques-unes d'entre elles observée pendant la vie.

Voici, dans les grandes lignes le rapport de la commission chargée d'examiner les pièces présentées par le Dr Gairdner. Ces pièces comprenaient : 1° Deux tumeurs lobulées avec une partie centrale molle et colorée par le sang mais pourvue d'une enveloppe épaisse et assez résistante ; 2° deux morceaux de peau avec un petit nodule au-dessous d'eux ; 3° une tumeur pédiculée provenant de l'intestin grèle ; 4° une masse volumineuse, englobant le rein droit et la capsule surrénale et quelques pièces plus petites paraissant provenir du péritoine et du tissu cellulaire sous-péritonéal.

La structure de ces différentes tumeurs est identique ; toutes sont formées de petites cellules arrondies, serrées ; mais disposées très-régulièrement au milieu d'un protoplasma amorphe ; nulle part on ne rencontre de réticulum, comme dans le tissu lymphoïde ; mais en divers endroits, on remarque une tendance à l'organisation, comme l'indique la forme allongée de quelques cellules et même la présence de tissu fibreux. Ces néophasies répondent donc de tous points aux types des sarcomes les plus jeunes à cellules rondes. Mais nous devons ajouter que des tumeurs offrant les mêmes caractères histologiques ont été appelés lymphomes : cependant nous croyons qu'il s'agissait là de sarcomes ; le rein, le seul viscère que nous ayions examiné était sain.

Nous signalerons deux particularités interessantes : en premier lieu, nombre de ces tumeurs sont entourées d'une capsule ; nous devons ajouter aussi qu'en outre, on découvre des cellules semblables le long des vaisseaux sanguins, ce qui pourrait expliquer la tendance de ces néoplasmes à la généralisation. Dans la tumeur intestinale, les fibres musculaires de la paroi étaient si intimement confondues avec elles qu'il semblait impossible de les séparer nettement. En second lieu, toutes ces productions sont remarquables par les dimensions de leurs vaisseaux ou plutôt par leurs canaux

sanguins. Sur une coupe verticale, beaucoup de nodules semblent creusés de canaux tortueux rappelant un peu l'apparence de la rate et du systéme périvasculaire d'autres organes. Sur une coupe transversale, on remarque de même, un grand canal central sans membrane limitante distincte en beaucoup de points, mais offrant ailleurs une paroi propre et un revètement endothélial, ou même une paroi fibreuse de quelque épaisseur, et autour d'elle une rangée circulaire de cellules serrées les unes contre les autres; quelques-uns de ces espaces renferment des caillots sanguins. Cette structure permet d'expliquer d'une façon plausible la disparition rapide de ces tumeurs pendant la vie ; quand on se rappelle la rapidité avec laquelle la rate augmente ou diminue de volume, par suite du gonflement de ses follicules et de la multiplication de ses éléments lymphatiques, on peut admettre sans beaucoup d'invraisemblance que ces tumeurs ont une structure analogue et que, avec leurs grands canaux sanguins sans membrane limitante, elles peuvent diminuer spontanément de volume; aussi conseillons-nous dans des cas semblables d'examiner soigneusement le sang surtout à la période des affaissements des tumeurs.

Observation V

Sarcomatose cutanée généralisée. Troubles nerveux. Troubles cardiaques ultimes par MM. Gauchez et Le Gendre internes des hôpitaux (France médicale 22 et 25 décembre 1883). (Rapportée dans la thèse de Perrin).

Résumé. — A. V., 60 ans, cuisinière, entrée d'abord le 9 août 1882, à l'hôpital Laennec, puis le 30 mars 1883 à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Guibout.

Pas de maladies antérieures ; mais elle a eu à supporter de grands chagrins, des privations et des fatigues de toute sorte.

Le premier trouble qu'elle a remarqué dans sa santé a été un

affaiblissement progressif que rien n'expliquait ; un mois après ces symptômes, elle s'aperçut de plusieurs grosseurs indolentes dans les régions du cou et de l'aisselle, qui ont augmenté peu à peu de volume et de nombre.

Etat en août 1882. — Huit ou dix tumeurs hypodermiques de la grosseur d'une perle à une noisette, dans la région sous-claviculaire et autour du creux axillaire ; cinq ou six à la partie inférieure du flanc gauche ; une dizaine dans la région lombaire ; ces dernières dures, à peine mobiles, adhèrentes à la peau, qui, à leur niveau, a une teinte violacée due à un réseau trés-serré de petits vaisseaux dilatés.

Dans le sein gauche, tuméfaction dure, assez bien limitée, douloureuse, au niveau de laquelle la peau est mobile, mais bientôt devient adhérente, et le mamelon se rétracte ; quelques ganglions assez volumineux dans l'aisselle.

En trois semaines, accroissement des nodules sous-cutanés apparition d'une douzaine de nouveaux à la région lombaire.

Troubles digestifs, vomissements alimentaires, affaiblissement graduel de la vue, rétraction des globes oculaires, pupilles punctiformes.

Excision d'un noyau du cou par M. Legroux ; l'examen histologique montre « qu'il est constitué en majeure partie par de petites cellules rondes et embryonnaires, séparées par des cellules fusiformes. » Dès lors, les tumeurs furent considérées comme des sarcomes.

La malade quitte l'hôpital, mais venant régulièrement à la consultation, on peut suivre les progrès de l'affection. Pullulation des tumeurs cutanées dans les régions indiquées, adhérence de la peau aux plus anciennes, sa coloration rosée ou rouge, indolence, accroissement de l'amblyopie, de la rétraction des globes oculaires, asthénie de plus en plus marquée.

Entrée à l'hôpital Saint-Louis le 30 mars 1883. On note les modifications suivantes :

Œdème des jambes. Cuisse gauche : tumeur dure, grosse

comme une noix, développée dans l'hypoderme, la peau a la teinte d'une ecchymose en voie de régression. Plusieurs nodosités plus petites disséminées, taches de purpura plus ou moins nombreuses et étendues.

Les taches ecchymotiques et les petites nodosités se retrouvent sur le membre inférieur droit.

Membres supérieurs. — A droite et au niveau de la saignée six petites tumeurs ; ça et là, petites ecchymoses à diverses périodes de régression, à gauche, large tache ecchymotique au niveau de l'acromion.

Sur le tronc, une vingtaine de tumeurs arrondies ou ovoïdes, grosses comme des avelines, siégeant surtout au devant des aisselles, du sternum, sur les reins. Dans le sein gauche, tumeur du volume d'une petite pomme, mamelon rétracté, peau adhérente, douleurs spontanées intermittentes. Les ganglions axillaires gauches forment une masse dure, bosselée, douloureuse à la pression.

Région lombaire, trente nodosités, la peau à leur niveau est légèrement vineuse. Au cou, chapelet de tumeurs, les unes très-petites, mobiles sous la peau, d'autres adhérentes.

Facies cireux jaunâtre, globes oculaires profondément enfoncées dans les orbites, muqueuses conjonctivale et faciale décolorées.

Apparence sclérodermique de la peau de la face.

Intensité des troubles visuels ; contraction des pupilles ; scotomes.

Céphalalgie frontale constante très-intense ; la douleur siège à la racine du nez et s'irradie dans les orbites, surtout à gauche.

Epistaxis peu abondante, purpura, polyurie.

Diagnostic de M. Besnier à qui la malade est présentée : sarcomatose cutanée avec généralisation viscérale.

Aggravation des troubles digestifs (vomissements, diarrhée, anorexie) des troubles cardiaques (état asystolique). Persistance de la céphalalgie ; apparition incessante d'ecchymoses spontanées.

Enfin, œdème localisé du membre supérieur gauche, dû à la compression de la veine axillaire par la masse ganglionnaire de l'aisselle. Douleur dans le côté gauche du thorax, submatité et râles sous-crêpitants fins à la base.

Mort hors de l'hôpital, juin 1883.

Observation VI

Dermato-sarcome multiple idiopathique (sarcome globo-cellulaire) par Perrin (Thèse de Paris 1885).

Résumé. — L. A., 60 ans, commissionnaire, entre le 28 mars 1885 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. E Besnier.

Le malade se plaint d'amaigrissement, d'un affaiblissement considérables et de deux tumeurs siégeant au niveau de l'abdomen.

Mère morte à 98 ans, père à 67 ans par apoplexie cérébrale ; 8 frères dont 5 morts d'accidents.

Fort et vigoureux. — Antécédents : fièvre typhoïde. Marié, huit enfants bien portants sauf une fille de 20 ans hystérique. Pas de syphilis, pas de rhumatisme, mais alcoolisme complet (pituites, rêves nocturnes, tremblement des mains, delirium tremens il y a 25 ans).

Janvier 1885. Commencement d'amaigrissement, diarrhée, insomnie, apparition de la grosseur du ventre.

Etat actuel. — Nombreuses tumeurs de volume variable en différents points de la surface cutanée : sur les cuisses, le tronc, principalement sur l'abdomen, où elles sont nombreuses et volumineuses. Aucune à la face, au cuir chevelu ni aux extrémités.

Une à la partie externe et moyenne de la cuisse gauche ; une autre à la partie externe de la cuisse droite, à trois centimètres au dessus du grand trochanter. Volume d'une amande et d'une cerise. Dures, incompressibles, indolentes. Saillie légère au-des-

sus de la peau qui, à leur niveau, est absolument normale ; elle glisse sur elles. Pas d'adhérence non plus aux plans aponévrotiques.

Dilatations variqueuses sur les jambes.

Tronc. En arrière : un peu au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, on voit une petite tumeur de la grosseur d'une aveline. Sur les épaules, quelques taches brunâtres ressemblant au pityriasis versicolore. Dans la région dorso-lombaire, à quatre centimètres à gauche de l'épine dorsale, existe une tumeur ovalaire de trois centimètres, transversalement sur un centimètre et demi verticalement, faisant une saillie manifeste à la vue ; la peau à son niveau est d'un rouge sombre ; à sa partie centrale se voit une desquamation épidermique qui à la périphérie a la forme d'une petite collerette. Consistance dure, adhérente à la peau, mais glisse sur les parties sous-jacentes. A quatre centimètres au-dessous, tumeur du volume d'un gros pois, semblable comme couleur, rapports, consistance et siège.

En avant : Tumeurs plus volumineuses et plus nombreuses, sur l'abdomen ; six grosses sur la partie gauche du ventre et plusieurs plus petites, du volume d'une lentille, soit au pourtour de l'ombilic dans une étendue de trois à quatre centimètres, soit dans l'hypochondre droit. Les premières sont perceptibles à la vue, les secondes au toucher seulement. La plus grosse est située au creux épigastrique, volume d'une mandarine ; saillie de deux centimètres, dessus, croûte arrondie noirâtre entourée d'une zône rouge, comme un chancre syphilitique hypertrophique. Adhérente à la peau, glisse sur l'aponévrose ; indolente. La seconde, au niveau des fausses côtes gauches, un peu en avant de la ligne axillaire a le volume d'une grosse noix. Arrondie, saillie d'un centimètre. Surface rouge sombre, exfoliation de l'épiderme. Adhérente à la peau, pas à l'aponévrose. Les petites tumeurs sont très-nettement limitées, elles ont le volume d'une lentille à celui d'une aveline, rondes ou ovales, non adhérentes à la peau, ni aux parties profondes, pas de douleurs spontanées ou provoquées.

Ganglions inguinaux et axillaires un peu angmentés de volume,

isolés, durs, indolents, gros comme des noyaux de cerise. Pas d'adénopathie sous-maxillaire.

Etat général assez bon ; peu d'appétit.

Dans la poitrine, submatité en arrière et à gauche ; vibrations éxagérées, retentissement de la voix, respiration rude au sommet en avant.

Foie augmenté de volume, descend de quatre travers de doigt, sous les côtes. Sensibilité de la région.

Diagnostic. — Sarcomatose cutanée chez un alcoolique invétéré atteint de cirrhose graisseuse et qui devient tuberculeuse.

Traitement. — Régime tonique, solution arsénicale, vin de quinquina.

5 avril. Ulcération noirâtre, écoulement sero-sanguinolent de la tumeur du creux de l'estomac et de celle qui se trouve sur le bord des côtes. Diarrhée, suppression de la liqueur de Fowler.

16 avril. Nouvelle diarrhée, régime tonique, opium pour calmer l'agitation et la diarrhée. Toux persistante ; rales sous-crépitants fins à la base gauche.

On a enlevé une tumeur au-dessus de l'épine iliaque, la réunion s'est opérée. Les ulcérations ne se détergent pas. Dans le dos les tumeurs commencent à s'exfolier.

20 avril. Pas de diarrhée ; affaiblissement et amaigrissement en progrès. Vaste ecchymose d'un rouge sombre à la partie externe de la cuisse gauche et une autre à la région lombaire droite. Les jours suivants, les taches se multiplient par le décubitus dorsal peut-être, la température et les signes stétoscopiques du poumon augmentent.

Mort le 28 avril.

Autopsie. — Aucune des tumeurs n'a disparu ; mais les plus petites paraissent diminuées de volume.

Poumon. Lésions tuberculeuses anciennes et récentes, pas de sarcomes.

Cœur flasque. Athérome dans l'aorte.

Foie graisseux ; quelques points de sclérose.

Dans l'intestin, au niveau de la dernière portion de l'iléon, petite ulcération de la muqueuse ; mais l'examen microscopique ne lui reconnait aucun caractère spécifique.

La tumeur enlevée sous la peau de l'abdomen était formée d'amas de petites cellules, disposées en gros lobules ovoïdes ou en lames aplaties assez irrégulières et séparés les uns des autres par des faisceaux de tissu conjonctif. Ces derniers semblent être le tissu normal de la région simplement écarté et dissocié par la néoplasie. Chaque lobule est uniquement constitué par de petites cellules, on n'y voit pas de stroma interposé aux éléments cellulaires, pas trace de réticulum. Les cellules sont de volume très-variable, généralement arrondies ou polyédriques ; aucune n'est ou ne parait tendre à devenir fusiforme. La plupart présente l'aspect et les dimensions d'un globule blanc ; beaucoup sont plus petites, beaucoup aussi 2 ou 3 fois plus volumineuses. Elles sont formées d'une mince couche de protoplasma entourant un ou plusieurs gros noyaux arrondis ; un seul pour les plus petites jusqu'à 4 ou 5 pour les plus grosses. Toutes ces cellules se collorent fortement par les réactifs. Elles sont immédiatement appliquées les unes contre les autres.

La masse renferme une grande quantité de gros capillaires sanguins ne possédant pour la plupart qu'une simple paroi endothéliale, à noyaux bien visibles et immédiatement en contact avec les cellules rondes qui constituent la tumeur.

Quoique, à l'œil nu, celle-ci paraisse assez bien limitée, on reconnait au microscope une infiltration embryonnaire des espaces conjonctifs voisins : les petites cellules s'insinuant en trainées entre les faisceaux fibreux. Ce semble être là le début de la lésion et toute la masse paraît résulter de l'infiltration de la dissociation des mailles du tissu sous-cutané par une accumulation considérable de petites cellules. Les lobules graisseux voisins de la tumeur subissent aussi un commencement d'envahissement, on y voit les petites cellules s'insinuer entre les vésicules adipeuses, les dissocier et arriver par places à les remplacer complètement.

Du côté de la surface cutanée, le néoplasme est séparé de la peau qui paraît saine par une couche de tissu conjonctif de 3 à 4 millimètres. Dans cette couche on voit aussi par places quelques traînées embryonnaires, assez grêles et qui s'étendent jusqu'à la couche profonde du derme.

M. Ménétrier qui a fait cet examen micrographique conclut que cette tumeur est un sarcome globo-cellulaire.

Observation VII

Tumeurs multiples sarcomateuses. Guérison, par M. R. Tripier médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon. (*Lyon méd.* 16 *juillet* 1876.)

A. S. 22 ans, jardinier, entre à l'Hôtel-Dieu, salle St-Charles nº 43 le 11 juin 1875 pour des douleurs vagues qu'il éprouve depuis plusieurs années. Rien d'héréditaire. Pendant son enfance, il a eu de la fièvre intermittente (?) et des crises épileptiformes (?).

Il n'offre à cette époque que des signes de bronchite généralisée avec toux quinteuse. Il a un peu maigri. Il a un peu d'œdème des jambes, mais pas d'albumine dans l'urine.

En examinant le malade le 24 juin, on s'aperçoit que ses doigts sont constamment demi-fléchis, que l'avant-bras est légèrement fléchi sur le bras, ce dont il ne se plaint nullement. Sentiment de raideur dans les membres, surtout dans les mouvements d'extension, qui, exagérés, deviennent douloureux. Du reste, l'extension complète des membres supérieurs est impossible. Pour obtenir l'extension des doigts, on est obligé de mettre les fléchisseurs de l'avant-bras dans le relâchement par la flexion de l'avant-bras sur le bras.

Les masses musculaires, épitrochléennes et épicondyliennes de chaque membre présentent une fermeté anormale. Il semble que la couche superficielle des parties saillantes soit indurée et forme une coque dure, résistante, enveloppant les parties profon-

des. En outre, on perçoit quelques petites nodosités au niveau du tissu musculaire superficiel. Ces altérations existent à un degré plus avancé à chaque bras. Les muscles de la région antérieure et notamment le biceps offrent une rigidité, une dureté à la superficie qui leur donne une consistance ligneuse. En outre, il existe dans le tissu musculaire superficiel, dans les interstices musculaires et principalement le long de la gaîne des vaisseaux, un grand nombre de petites tumeurs rondes, ovoïdes, dont la grosseur varie du volume d'un petit pois à celui d'une noisette. Ces tumeurs jouissent d'une certaine mobilité. Elles sont tout à la fois fermes, résistantes et un peu élastiques. En les pressant même assez fortement on ne détermine pas de douleurs. Elles sont à peu près aussi nombreuses et disposées de la même manière sur chaque bras. C'est au niveau de la gaîne des vaisseaux qu'on les trouve en plus grand nombre, puis dans les muscles de la région antérieure ; elles sont rares à la partie postérieure. Les muscles pectoraux de chaque côté sont le siège d'une grande quantité de tumeurs semblables à celles du bras, et en promenant la main sur la poitrine. on sent glisser sous les doigts une quantité de petites billes.

Aucune tumeur ne fait de saillie apparente. Elles sont toutes sous-aponévrotiques ; cependant on trouve à la partie antérieure et moyenne du bras droit une petite tumeur de la grosseur tout au plus d'une lentille qui parait sous-cutanée.

Les membres inférieurs sont atteints à un léger degré. Il n'existe sur chaque cuisse que quelques petites tumeurs de la grosseur d'un pois, situées assez profondément sur le trajet de l'artère fémorale à la réunion de son tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. Rien de particulier sur les jambes qui présentent seulement un peu de raideur dans les mouvements. Enfin on remarque sur chaque cou-de-pied un peu de tension et même de tuméfaction des tissus au niveau des tendons des fléchisseurs.

Tous les muscles accessibles au toucher ont été examinés avec soin et on a pas trouvé d'autres altérations que celles indiquées plus haut.

La peau est partout indemne. Quelques ganglions sous-occipi-

taux et inguinaux, mais très petits. On en trouve deux ou trois encore plus petits dans les creux axillaires.

La rate et le foie ne présentent rien de particulier. Sang normal.

Le début remonterait au mois de novembre 1874 par un peu de raideur le soir dans les membres supérieurs. Ce phénomène augmenta de manière à faire cesser le travail avant la fin de la journée. Toutefois il ne gênait pas le malade d'une façon considérable puisque en juin 1875 il ne se plaignit à M. Tripier que de sa toux et que celui-ci découvrit par hasard les tumeurs.

Aucune cause à laquelle on puisse rattacher cette affection; pas de syphilis, pas de rhumatisme.

Le diagnostic de cysticerques qui fut proposé fut rejeté à cause du volume des tumeurs, de leur circonstance, de leur disposition à peu près symétrique surtout le long des vaisseaux du bas et enfin à cause des indurations superficielles des muscles.

Traitement. Iodure de potassium 1 gramme puis 2 grammes par jour. Toniques. Au bout d'une quinzaine de jours, intolérance de l'estomac pour l'iodure qu'on est obligé de suspendre.

Pendant le mois de juillet, il y a une recrudescence de l'affection pulmonaire.

3 septembre. Etat général meilleur. Même attitude des membres supérieurs et même difficulté pour les mouvements d'extension. Les tumeurs sont plus nombreuses et on en trouve un grand nombre dans le triceps qui n'existaient pas auparavant. Les plaques indurées que l'on remarquait sur les bras et les avant-bras paraissent s'être étendues. Les tumeurs des pectoraux sont aussi bien plus nombreuses. Depuis quelques jours, un peu d'œdème des membres inférieurs tous les soirs.

Liqueur de Fowler, X gouttes par jour.

22 septembre. Hémoptisie considérable. Râles nombreux, pas de température. La liqueur de Fowler est remplacée pendant quelques jours par une infusion de trente centigrammes de poudre de feuilles de digitale.

8 Octobre. Raideur plus forte dans les jambes. Plaque indurée

sur les parties saillantes des mollets moins marquée que sur les membres supérieurs. Quelques tumeurs sur le trajet des vaisseaux cruraux. Petits ganglions inguinaux. On remplace la liqueur de Fowler par le sirop de protoïodure de fer (deux cuillerées par jour).

3 novembre. Toux plus fréquente. Violent point de côté. Tumeurs plus nombreuses que jamais. Raideur plus accentuée. A la place du sirop d'iodure de fer, on donne de l'huile de foie de morue à la dose de deux cuillerées par jour. Vin de quinquina. Frictions deux ou trois fois par jour sur les parties indurées avec une pommade à l'extrait de belladone (quatre grammes pour trente grammes d'axonge).

Pendant les mois de novembre, décembre et janvier l'état général s'améliore. La toux diminue ainsi que la raideur. L'huile de foie de morue n'a pas été abandonnée bien qu'elle déterminait parfois des envies de vomir.

23 janvier 1876. On enlève une tumeur située dans le biceps du bras gauche. Suture entortillée ; bandage silicaté immobilisant le membre et l'épaule. Réunion par première intention.

La tumeur, grosse comme une petite noisette avait la forme ovoïde un peu allongée et sa consistance était assez ferme. Elle était enveloppée par du tissu cellulaire lâche teint de sang, au milieu duquel se trouvaient quelques parcelles de tissu musculaire. La tumeur, sur une coupe, avait des surfaces de section lisses, d'une coloration rosée et d'une assez grande fermeté.

L'examen microscopique de la tumeur à l'état frais permet de constater qu'elle est constituée par les éléments du tissu conjonctif à ses différentes phases de développement. Cependant, comme il paraissait y avoir beaucoup de jeunes cellules, il fallait s'assurer qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur lymphoïde. M. Morat fit l'examen après durcissement et coloration et trouva dans une substance amorphe des amas de cellules séparées par des faisceaux longitudinaux remplis eux-mêmes de cellules. Celles-ci sont fusiformes et contiennent un ou plusieurs noyaux ; leurs prolongements sont plus ou moins longs et dans certains points consti-

tuent des faisceaux conjonctifs. Quant aux amas de cellules ils sont certainement constitués par des faisceaux identiques aux précédents et vus sur une coupe. Il y a un certain nombre de fibres élastiques. Les vaisseaux sont aussi assez nombreux. Aucune trace de tissu réticulé. Sarcome évident.

A la fin de février on est frappé de la facilité des mouvements du malade. Le volume et le nombre des tumeurs ont diminué considérablement. Les indurations superficielles ont à peu près disparu. Le commencement de cette régression avait dû se faire avant l'ablation de la tumeur du bras.

Juillet 1876. L'extension des membres se fait très-bien. Les muscles sont normaux. La plus grande partie des tumeurs a disparu. On en retrouve quelques-unes notablement diminuées de volume dans les pectoraux ; quelques-unes aussi à la partie interne de chaque bras le long de la gaîne des vaisseaux ; mais on a beaucoup de peine à en découvrir des traces dans les muscles des bras et des avant-bras. La raideur des membres inférieurs ne se fait presque plus sentir et le peu de gêne qui se produit dans la marche provient d'un peu de tension et de tuméfaction des extenseurs sur les cou-de-pieds.

Cette disparition, d'abord difficile à apprécier, paraît s'opérer rapidement et il n'est pas douteux que la guérison ne soit bientôt complète. En outre l'état général est excellent ; bon appétit et toux insignifiante.

En juin 1881 (1). M. Augagneur rapporte que M. Tripier voit son malade chaque année et que depuis 1876 l'état général demeure excellent et qu'aucune tumeur n'a reparu.

(1) Lyon, méd. 26 juin 1881, p. 232

Observation VIII

Sarcomatose sous-cutanée traitée par des injections hypodermiques deliqueur de Fowler ; guérison : par le Dr Shattuck (Observation XXII de la thèse de Perrin) (Suffolk district méd. soc. 11 mars 1885).

Le 26 juillet 1883 K. B. âgée de 31 ans fut reçue à l'hôpital général de Massachusetts. La santé avait été bonne d'ordinaire, et elle avait travaillé comme couturière jusqu'au moment de son admission à l'hôpital. Sept mois avant cette époque elle commença à souffrir d'une douleur le long de la machoire inférieure et bientôt après elle remarqua une tuméfaction derrière les angles de cet os. Environ deux mois plus tard des nodules apparurent dans la peau sur son épaule droite puis sur son bras droit ; puis sur son bras gauche, enfin sur la paroi abdominale. Elle pense que l'apparition des nodules était précédée d'une sensibilité locale et suivie d'une décoloration. Il y a environ trois semaines, elle remarqua que son visage était plus plein qu'il ne l'est ordinairement et elle commença à souffrir de douleurs dans la région précordiale. Quand elle faisait quelque effort, elle avait la respiration un peu courte et elle disait qu'elle avait réellement perdu des forces bien qu'elle n'eût pas maigri. Les fonctions intestinales et autres s'accomplissaient régulièrement. Pouls 120, régulier, un peu faible.

A l'examen, on nota que la malade était pâle avec un peu d'œdème des paupières et du visage, prédominant du côté droit. On voyait une centaine de nodules, pour la plupart de la grosseur d'un pois, disséminés sur les téguments des extrémités supérieures et du tronc jusqu'à l'ombilic. Sur la face interne des bras, les nodules étaient discrets, non surélevés sur le reste des téguments, un peu sensibles à la pression ; la peau pouvait être ridée au dessus d'eux et n'était pas décolorée. D'autre part, sur les épaules, sur la face externe des bras, sur la poitrine, la partie supérieure

de l'abdomen et le dos (bien qu'à un moindre degré dans cette dernière région) les nodules étaient si épais qu'ils formaient de grosses masses ou placards très durs mais fort peu sensibles ; la peau qui les recouvrait ne pouvait être pincée ou ridée, et était légèrement érythémateuse, avec une légère desquamation pityriasique de l'épiderme. Aux jambes on ne pouvait sentir que fort peu de nodules et il n'y avait pas d'érythème. Les ganglions à l'angle de la machoire étaient augmentés de volume, mais ceux des aisselles et des aines paraissaient normaux. Un examen complet ne put révéler aucune modification matérielle des principaux viscères. Je fis le diagnostic de sarcome multiple de la peau et bientôt après les Dr White, Wigglesworth et Tilden furent assez bons pour venir voir la malade et confirmer le diagnostic.

Tout d'abord on prescrivit un traitement général tonique, mais le brillant succès obtenu par Kobner dans un cas semblable avec des injections sous-cutanées de liqueur de Fowler conduisit l'auteur à adopter cette méthode vers la fin d'août. Une injection de quatre gouttes diluées dans une égale quantité d'eau, fut faite chaque jour profondément dans la cuisse ; bientôt la dose fut portée à 6 gouttes. La santé générale de la malade s'améliora, quelques nodules nouveaux se montrèrent, mais les nodules anciens disparurent en bien plus grand nombre et le 3 novembre elle quitta l'hôpital afin de pouvoir travailler. Elle vint cependant chaque jour à l'hôpital pour son injection jusqu'à ce qu'elle eut appris à la faire et le traitement fut ainsi rigoureusement continué jusqu'au milieu de mars, époque à laquelle fut ouvert un abcès de la cuisse, le seul qui se fût formé pendanttout ce temps.

Quelques nodules persistaient encore, mais les masses qui remplissaient la peau sur la poitrine, l'abdomen et les côtés extérieurs des bras avaient entièrement disparu. Pendant l'année qui vient de s'écouler, elle avait été en observation de temps en temps sans aucune sorte de traitement, elle avait pu se livrer à ses occupations. Elle a été vue, il y a peu de jours et elle reste bien en apparence.

Nous avons cité cette observation bien qu'elle manque absolument du contrôle micrographique parce que l'allure de l'affection ne nous laisse pas de doute sur la réalité du diagnostic.

Observation IX

Tumeur sarcomateuse primitive de l'anus. Ablation suivie de tumeurs sarcomateuses secondaires sous la peau et dans d'autres organes: par Korte (Deutsch. Klink. 1863. Observation XXXVI de Perrin.)

Une femme âgée de 40 ans, vint demander un traitement pour ce qu'elle appelait des hémorrhoïdes. L'une de ces tumeurs, situées ées sur le bord de l'anus fut enlevée avec l'écraseur. La plaie guérit rapidement et l'écoulement hemorrhoïdal cessa. La tumeur plate, fissurée et recouverte d'une membrane muqueuse, présenta à l'examen microscopique tous les caractères d'un sarcome.

Vers l'automne de 1863, (le temps écoulé depuis la première opération n'a pas été noté), une tuméfaction ganglionnaire apparut dans l'aisselle au niveau de la troisième côte et ne diminua pas, sous l'influence des frictions avec la pommade à l'iodure de potassium.

Quelques mois plus tard, des tumeurs se montrèrent d'abord sur le sein gauche, puis en différents points du corps, si bien qu'elles atteignirent le nombre de 70 à 80 disséminées sur tout le corps, depuis les aines jusqu'au cou.

Elles siégeaient sous la peau, à laquelle elles n'étaient pas adhérentes et n'étaient pas douloureuses.

On en trouvait aussi sur les petites lèvres et l'on pouvait penser qu'il en existait d'autres dans l'intérieur du bassin, car il se forma une fistule recto-vaginale, consécutive probablement à la suppuration d'une de ces tumeurs et la malade mourut après deux ou trois mois dans la cachexie.

L'autopsie faite par Reckclinghausen fit découvrir des tumeurs sarcomateuses, non seulement dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les ganglions lymphatiques, mais aussi dans le foie, les reins, le pancréas et les ganglions mésentériques.

Le point où les lésions étaient le plus avancées était le rectum à quatre doigts au-dessus de l'anus, où un abcès s'était formé et avait en s'ouvrant, établi une communication entre le rectum et le vagin.

Korte ajoute que ce cas montre la possibilité dans quelques cas d'une évolution maligne du sarcome, analogue à celle du carcinome.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'examen du cadavre n'a pas été fait dans tous les cas que nous rapportons ; mais comme les productions morbides sont le plus souvent superficielles et que les biopsies sont faciles à faire on peut reconstituer facilement l'anatomie des tumeurs.

I. — EXAMEN MACROSCOPIQUE

A. — Examen de la peau

La peau en général est normale au niveau des tumeurs quand celles-ci ne sont pas trop volumineuses. Mais si le néoplasme fait une saillie trop considérable, elle se distent, s'amincit, la circulation y subit des modifications. Les veines, se dilatent et il y a une coloration plus ou moins violette et vineuse. Ces phénomènes ont lieu probablement sous l'influence des frottements auxquels cette peau mal nourrie devient exposée. Quand ily a des poils à la surface d'une tumeur saillante, ceux-ci ne tombent pas mais s'écartent par le fait de la distention du derme. C'est ce que nous avons vu sur les tumeurs du cuir chevelu de notre

malade. Celle où l'on faisait des injections de liqueur de Fowler saignait chaque fois par la piqûre. Celle de l'abdomen avait déterminé sur la peau l'apparition d'un réseau veineux. Dans le cas de Gairdner, sur les petites tumeurs sous-cutanées peu saillantes la peau est un peu décolorée lisse avec tendance à devenir bleuâtre. Dans le voisinage il n'y avait pas de réseau veineux. La malade de Dauchez et Le Gendre avait dans la région lombaire des tumeurs dures adhérentes à la peau et celle-ci avait une teinte violacée. Cette teinte n'était pas due aux pressions plus considérables que supportait la peau dans le décubitus dorsal. On trouva, en effet, cette coloration rosée ou rouge sur d'autres nodosités ; une tumeur de la cuisse, grosse comme une noix, avait l'aspect d'une ecchymose en cours de régression.

Dans deux observations, nous trouvons quelque chose de plus qu'une simple coloration anormale sur quelques unes des tumeurs. M. Perrin a vu dans la région dorso-lombaire une tumeur assez volumineuse d'une colloration rouge sombre ; au centre de la plaque rouge, il existe une desquamation épidermique qui se termine par une collerette. M. Shattuck, sur de grosses masses adhérentes à la peau, a vu un léger érythème avec desquamation pityriasique. Il est certain aussi que les tumeurs qu'à vues Laboulbène devaient être colorées puisqu'elles étaient « plus vasculaires et plus cutanées » que celles de M. Millard.

Mais dans le cas de M. Perrin, on constate une lésion encore plus profonde de la peau. La plus grosse tumeur du tronc située au creu de l'estomac se recouvre

d'une croûte noirâtre arrondie entourée d'une zone rouge. Au bout de quelques jours, il y a une ulcération ainsi que sur une tumeur analogue voisine qui n'était pas rouge sombre auparavant. On pourrait dire à la rigueur que ce malade étant alcoolique, il pouvait être assez prédisposé aux troubles trophiques de la peau pour que ses sarcomes n'eussent agi que mécaniquement en mettant la peau dans des conditions défectueuses. En dehors de ces deux tumeurs, nous n'en trouvons aucune, en effet, qui soit ulcérée ou qui parut avoir de la tendance à cela. Cette absence d'ulcération parait être au contraire un des caractères principaux et un des plus généraux dans la sarcomatose sous-cutanée.

Outre les lésions qu'on rencontre au niveau des tumeurs, la surface cutanée en présente quelquefois d'autres; ce sont des taches de purpura, des ecchymoses. Dans notre cas, nous n'avons rien vu de semblable pas plus que dans le cas de M. Millard et de Gairdner. Mais la malade de M. Dauchez sous le coup d'un état général mauvais et d'une asthémie assez marquée, ayant les jambes enflées, eut sur les membres des taches de purpura, en même temps que s'y produisaient des nodosités. Des ecchymoses à diverses périodes de régression étaient petites, mais, sur l'acromion, il y avait une large tache. M. Perrin note chez son malade alcoolique quelques taches brunâtres sur les épaules ressemblant à du pityriasis versicolor. Plus tard, quand il est en proie à la cachexie le malade en a de très-grandes sur les cuisses, dans les lombes et le dos. La malade de M. Dauchez avait une maladie de cœur et était déjà ca-

chectique. Le malade de M. Perrin est alcoolique et en proie aussi au dépérissement.

B. — Examen des tumeurs

— *Siége* —

Le plus grand nombre des tumeurs se trouve sous la peau, dans le tissu cellulaire; on en trouve entre les muscles, le long des vaisseaux principalement; dans les muscles, ordinairement à leur périphérie superficielle ou dans le voisinage de leur insertion tendineuse; dans différents organes profonds et dans le tissu cellulaire qui entoure ces organes.

A. Tumeurs du tissu cellulaire. — La majorité des tumeurs est dans le tissu cellulaire. On peut diviser celui-ci en tissu cellulaire sous-cutané, intermusculaire (gaine des vaisseaux ou tissu cellulaire profond [des membres), et tissu cellulaire splanchnique.

1° *Tissu cellulaire sous-cutané. — Cuir chevelu.* On y trouve dans notre cas de nombreuses tumeurs (48) dont les plus volumineuses sont en arrière vers la nuque. Gairdner n'en trouva que 5 dans cette région. M. Tripier vit seulement de petits ganglions sous-occipitaux.

Face. — Tumeurs rares. Une dans notre cas seulement Aucune autre n'est constatée dans les observations.

Cou et tronc. — C'est le siège le plus fréquent, le plus constant des tumeurs, non-seulement sous-cutanées, mais aussi musculaires. Au cou, dans notre cas, nous avons deux tumeurs sous le menton, deux ou trois à la nuque; il en est paru 3 dans le triangle sus-claviculaire gauche. Dans le cas de Dauchez on y trouve un chapelet de tumeurs; Shattuch signale l'engorgement des ganglions de l'angle de la machoire.

Quatre tumeurs sous-cutanées existent sur la face antérieure du thorax chez notre malade, une non-ganglionnaire dans l'aisselle. Chez la malade de M. Millard, on trouve dans l'aisselle droite aussi une tumeur sous-cutanée et de petites tumeurs ganglionnaires plus profondes, bien qu'elle ait dans la mamelle gauche seulement une tumeur. Celle-ci ne parait pas avoir retenti sur les ganglions, puisque dans l'aisselle de ce côté, il n'y a qu'un nodule superficiel comme du côté opposé. Le malade de Gairdner en à treize sur le tronc à la face antérieure. Dauchez trouve 5 ou 6 tumeurs dans le flanc gauche, une dans le sein gauche. Shattuck note des tumeurs dans l'épaule droite. Korte vit des ganglions dans l'aisselle, une tumeur dans le sein gauche, 70 à 80 autres depuis les aines jusqu'au cou.

Chez notre malade, la peau du ventre ne recouvre des tumeurs que dans les aines, on en compte une dizaine dont plusieurs probablement ganglionnaires. Dans le cas de Millard, il y en a aussi dans les aines, mais une sous la peau de l'abdomen est signalée. M. Laboulbène également en signale sur le ventre. La plus volumineuse du malade de Gairdner siégeait au-dessus de la crête

iliaque. Il y en avait une autre dans le scrotum. M. Perrin trouve les plus grosses tumeurs à l'abdomen au nombre de 6 et d'autres plus petites autour de l'ombilic ; des ganglions dans les aines et dans les aisselles. Shattuck observe aussi des tumeurs sur la paroi abdominale. Korte en signale aussi dans les petites lèvres. M. Tripier n'indique que de petits ganglions inguinaux.

Le tronc, en arrière, dans notre cas, n'a qu'une dizaine de tumeurs sous-cutanées dont une dans la marge de l'anus. M. Millard en constate d'abord une dans la fosse sus-épineuse gauche, une au niveau de l'omoplate droite, une dans la fesse gauche, puis d'autres plus tard. Laboulbène en voit aussi dans le dos. Gairdner en trouve 4 dans le dos. Il y en a une trentaine dans la région lombaire. Perrin en trouve trois en arrière du tronc. Shattuck signale des tumeurs, mais moins nombreuses qu'en avant.

Dans le cas de M. Laboulbène, il y a des néoplasmes sur les bras et les cuisses. Nous n'avons constaté qu'une tumeur sous cutanée à l'avant bras droit. Celles des cuisses sont plus profondes. Les membres ne sont envahis qu'à la fin dans le cas de Millard ; Gairdner constate une tumeur sur le bras gauche, deux sur la cuisse droite et une sur la jambe du même côté, une sur la cuisse gauche. La cuisse gauche en a aussi une dans le cas de Dauchez avec plusieurs nodosités. Dans le cas de Perrin, on en trouve sur les cuisses. Dans le cas de Tripier, on ne trouve qu'une tumeur sous-cutanée et elle siége au bras droit. Shattuck signale des tumeurs sur les deux bras.

2°. *Tissu cellulaire profond, gaine des vaisseaux.* — Dans

notre cas, nous trouvons deux tumeurs, le long de la fémorale gauche, une autre à droite, une autre sur la carotide gauche, 2 autres dans le creux poplité gauche. Dans celui de Tripier, dans les interstices musculaires et principalement le long de la gaîne des vaisseaux, il y a un grand nombre de tumeurs disposées à peu près symétriquement à la partie antérieure en raison du siège des vaisseaux. Les cuisses en ont moins. Dans les autres observations, on ne signale que la situation des tumeurs sous le derme.

3° *Tumeurs du tissu cellulaire viscéral.* — Une partie de la tumeur qui fait saillie dans l'hypogastre de notre malade est évidemment développée dans le tissu cellulaire. Elle doit être adhérente au périoste et à une autre masse constituant la prostate dégénérée. Pendant un certain temps, nous avons constaté en avant de cette tumeur une autre qui avait le volume et la forme d'un verre de montre et qui a fini par se confondre avec la première. Nous trouvons encore une tumeur accollée au cordon. La palpation de l'abdomen ne nous révelle pas autre chose, mais il est probable qu'il y en a d'autres dans le mésentère. Le malade de M. Millard avait sa tumeur abdominale dans l'espace rétropéritonéal et adhérait fortement au foie. Le dr Coats trouva plusieurs tumeurs dans l'enveloppe cellulo-adipeuse des reins au-dessous du rein droit et derrière le cœcum dans le mésentère. Dans l'observation de Dauchez l'autopsie ne peut être faite. Dans celle de Perrin, il est curieux de constater qu'il n'y a aucune tumeur dans les viscères ou le tissu cellulaire profond. Les ganglions sont pris dans le cas de Korte.

B. Tumeurs des muscles. — On n'a noté des tumeurs dans les muscles que dans notre cas et celui de Tripier. Les muscles atteints chez notre malade sont le sterno-mastoïdien gauche près de son insertion supérieure, les muscles de la nuque gauche à leur insertion au crane, le grand droit de l'abdomen gauche au niveau de l'ombilic, la masse sacro-lombaire droite (insertion inférieure), le triceps bracchial gauche, les fessiers gauches. Dans tous ces muscles, sauf au bras, les tumeurs sont volumineuses, uniques ou possédent des satellites (ombilic, masse sacro-lombaire), mais ne se présentent pas sous la forme d'indurations diffuses comme cela se voit dans le cas de Tripier. Là, les deux avant-bras ont la couche superficielle des muscles antérieurs formant une coque dure résistante et à sa surface, on constate des nodosités. Aux bras, les plaques sont plus dures encore. De petites tumeurs comme des noisettes y existent en outre, en grand nombre; on les rencontre seules sur les pectoraux. L'affection gagna aussi le triceps bracchial et les mollets.

C. Tumeurs des viscères. — *Corps Thyroïde.* Atteint dans deux cas : le notre, où il renferme cinq tumeurs dont trois sur le lobe gauche; et celui de Millard, où l'on note aussi des tumeurs dans le lobe gauche.

Poumon. Dans le cas de Millard, l'autopsie permit de constater dans le poumon d'assez nombreux nodules néoplasiques. Les noyaux les plus superficiels étaient pédiculisés. On constata chez la malade, une double pleurésie

sèche et des signes de bronchite dont la cause était évidemment ces noyaux. Dans notre cas, le malade n'a jamais toussé d'une façon à attirer l'attention ; il a craché du sang et ce fait, est mis par M. Perrin sur le compte d'une néoplasie bronchique ; mais l'examen de la poitrine ne nous a rien révélé de précis. Dauchez n'observa de lésions pulmonaires qu'à la fin de la vie ; elles étaient probablement d'origine cardiaque. Le malade de Perrin fut reconnu pour être seulement tuberculeux. Celui de M. Tripier avait-il quelque chose de spécifique dans les poumons, c'est ce qu'on ne peut savoir. Sa bronchite diminua en même temps que s'opérait la régression des néoplasmes superficiels, on pourrait peut-être conclure de là à l'existence de noyaux sarcomateux dans la poitrine.

Cœur.— Le cœur fut toujours trouvé sans noyaux sarcomateux à l'autopsie. Mais dans la veine cave inférieure de la malade de M. Millard, au point où elle s'abouche dans l'oreillette droite, il y avait un gros bourgeon néoplasique. La malade de Dauchez avait une affection cardiaque certaine, mais il est peu probable que cela tienne à des dépots sarcomateux. Cette femme, en effet, avait eu beaucoup de chagrins, de fatigues, de privations à supporter. M. Perrin ne constate que les lésions de l'alcoolisme (cœur flasque, athérome). Dans le cas de Shattuch, il s'agit encore d'une femme qui remarque de la bouffissure de la face, qui a des douleurs précordiales, la respiration un peu courte, le pouls à 120, régulier, un peu faible. Ces symptômes peuvent tenir à une tumeur du médiastin antérieur gênant le cours du sang et le fonctionnement du

cœur. Nous voyons, en effet, quelque chose d'analogue dans un cas observé par Chassaignac (1) où à l'autopsie on trouve une tumeur sarcomateuse secondaire énorme dans le médiastin. Comme altération du cœur, dans les maladies cachectisantes qui usent lentement la constitution et qui s'accompagnent d'une altération du sang, Louis a constaté qu'en dehors de toute complication, le volume de cet organe et les dimensions de l'orifice aortique diminuent. Mais dans les trois autopsies que nous relatons, on n' a rien noté à cet égard.

Foie. — Il n'y a qu'un cas où l'on trouve des noyaux sarcomateux dans le foie, c'est dans celui de Korte. Il est également le seul qui signale des tumeurs dans le pancréas. M. Laboulbène dit bien que le foie de son malade augmenta de volume ; mais on ne peut savoir à quoi était dûe cette augmentation. La tumeur de l'hypochondre droit adhérait simplement au foie chez la malade de M. Millard.

Reins. — Chez elle encore, le rein droit est atrophié par la compression de cette tumeur, mais comme dans l'observation de Coats et de Perrin on n'y trouve pas de noyaux. Seule la capsule surrénale gauche est envahie par le néoplasme dans l'affection du malade de Coats. Korte est encore le seul à avoir trouvé des sarcomes dans le parenchyme du rein.

Intestins. — Cet observateur signale aussi le rectum

(1) Gaz. des hôp. 26 sept 1858.

comme siége d'une altération sarcomateuse abcédée ayant formé une fistule recto-vaginale. Gairdner trouva beaucoup de tumeurs sur l'intestin. Il y en a qui faisaient saillie à la surface interne et qui étaient même pédiculisées.

Prostate et verge. — Notre cas est le seul où on ait constaté une tumeur dans ces organes. Les corps caverneux étaient farcis de noyaux. Le bulbe en avait un.

Cerveau. — Aucune autopsie n'en parle. Mais les troubles oculaires de notre malade, ceux de la malade de Dauchez, les douleurs frontales de celle-ci, s'irradiant surtout dans l'orbite gauche et à la racine du nez, ses épistaxis, peuvent laisser supposer qu'il y a des néoplasmes dans le cerveau, les orbites ou les profondeurs des fosses nasales.

Telles sont ces localisations dont quelques-unes sont si anormales et qu'on rencontre si rarement dans les auteurs pour les cas de sarcomes primitifs ou même secondaires. Le sarcome unique se développe presque toujours dans le *tissu cellulaire* sous la peau ou ailleurs. Sous la peau, on en trouve surtout sur les membres inférieurs (1). M. Péan (2) décrit les sarcomes sous-cutanés de la cuisse. Il est reconnu par tous les auteurs que le tissu cellulaire est le lieu d'élection du développement du sarcome.

Mais dans le *corps thyroide* on en trouve très-rarement. Follin et Duplay n'en signalent pas la possibilité. Schwal-

(1) Bourdy. Tumeurs fibro-plastiques sous-cutanées des membres ; thèse Paris 1868.

(2) Leçons de clinique chirurgicale.

ler, cité par Peyrot (1), pour 500 goîtres aurait compté 2 sarcomes. Rose en aurait trouvé 3 cas sur 24 observations de cancer du corps typhoïde (2). Mathieu a présenté à la société anatomique une observation de sarcomes du corps thyroïde (3), dont G. Marchand (4) se sert pour faire sa description comme Krishaber (5) en use pour la sienne. D'après Koch (6), les sarcomes primitifs du corps tyroïde sont rares, ils ont été longtemps niés mais ils existent.

Les sarcomes primitifs des *muscles* ont été observés plusieurs fois (7). Alors ils siégent comme dans notre cas au point de jonction du muscle et du tendon, plutôt à la surface du muscle, parfois sur le tendon lui-même (Volkmann). Mais des indurations sarcomateuses en plaques superficielles n'ont été notées que par M. Tripier.

Les cas de généralisation des tumeurs sarcomateuses au *poumon* sont relativement fréquents. Heurtaux (8) en cite 8 ou 10 cas. Le poumon est quelquefois le seul organe où le sarcome se généralise. Maurice Letulle (9) prétend avec Cornil et Ranvier que le sarcome primitif du poumon n'existe pas. Le sarcome secondaire y affecte souvent la forme de noyaux superficiels comme nous l'avons vu dans le cas de Millard, de plus, les noyaux se localisent souvent au sommet. On a signalé des noyaux dans le *cœur*

(1) Manuel de pat. ext.
(2) Dict. encyclop. art. goître.
(3) Progrès med. 10 décembre 1881.
(4) Dict. de med. et. de chir. prat.
(5) Dict. encyclop.
(6) Contribution à l'étude sarcome primitif du corps thyr. P. Koch. 1883.
(7) Lemaréchal thèse Paris 1880.
(8) Dict. encyclop, art. sarcome.
(9) Dict. de méd et de chir. prat.. art. poumon.

mais nous n'en avons pas d'exemple positif avec la sarcomatose sous-cutanée. Le *foie* n'est cité que 2 fois par Heurtaux comme siége de la généralisation. M. Rendu (1) dit que les sarcomes du foie secondaires s'observent surtout dans l'enfance à la suite de sarcomes périostiques généralisés et de sarcomes de la choroïde, et chez l'adulte comme conséquence de tumeurs mélaniques.

Dans le *pancréas*, Arnozan (2) ne rapporte que trois cas de sarcomes dont un est rapporté par M. Perrin (cas de Weber obs. XXXVIII).

Dans les *reins*, le sarcome est plus fréquent ; mais d'après M. Lancereaux, Neuman (3), cette affection est presque spéciale à l'enfance et l'hématurie s'y rencontre dans un tiers des cas comme symptôme révélateur.

Dans l'*intestin*, les observations positives de sarcomes sont rares, si même il en existe. La sarcomatose de la rate n'a été indiquée nulle part.

Dans le *cordon*, on aurait, d'après Follin, trouvé des tumeurs sarcomateuses prises pour des fibromes et développées plutôt dans le tissu cellulaire de la région que dans le cordon lui-même. M. Verneuil a vu un cas de tumeur fibro-plastique dans cet organe (4). Pour M. Péan, les sarcomes primitifs du cordon n'existent pas ; on n'en trouve qu'à la suite de tumeurs des bourses.

Dans le *scrotum*, les sarcomes sont très-rares (Follin et Duplay). Nous n'en trouvons qu'un noyau chez le malade

(1) Dict. encyclop, art. foie.
(2) Dict. encyclop.
(3) Deut Arch. f. Klin. Med. 1882 p. 377.
(4) Soc. de chirur. 13 janv. 1864.

de Gairdner. Chez notre malade, nous avons observé une sorte d'induration diffuse à la partie inférieure du scrotum à gauche qui offrait un peu la sensation du varicocèle, mais nous restons sur la réserve pour décider de ce qui s'est produit à cet endroit.

Ni Follin et Duplay, ni M. Péan ne signalent l'existence du sarcome dans le *pénis*. Monod et Brun (1), en rapportent deux cas : l'un dû à Podrazki, l'autre à Batisfalvi. Battle (2) en a vu un cas (type globo-cellulaire) chez un homme de 64 ans.

Le sarcome est à peine signalé dans la *prostate* par Follin et Duplay. M. Péan n'en parle pas. Jullien (3) rapporte cinq cas uniquement chez des enfants. Il est curieux de voir que les enfants ont le monopole des sarcomes de certains viscères et des sarcomes multiples du périoste. Cependant, dans un cas de Lendetta (4) on trouva en même temps un noyau cérébral d'épithelioma, des végétations cancéreuses dans la vessie et *des cellules fibro-plastiques infiltrant la prostate*.

Quant aux *ganglions*, nous en trouvons de tuméfiés dans tous les cas, mais la nature de cette tuméfaction qui ne semble pas tenir à une irritation de voisinage, n'est constatée au microscope que dans l'observation de M. Millard. M. Malassez dans l'examen des tumeurs de la malade qui en est le sujet, ne trouva dans celle de l'aîne aucune trace de tissu ganglionnaire. Il dit lui-même : « Si donc c'est

(1) Dict encyclop.
(2) Soc. de path. Londres, 17 mars 1885.
(3) Dict. de méd. et de chir. prat.
(4) Soc. anat. 1862 p. 505.

un ganglion, il faut admettre que ce ganglion est complètement dégénéré ou bien penser qu'on a affaire à une tumeur sous-cutanée semblable à la première. » C'est ce qui nous fait hésiter à admettre que les tumeurs de l'aîne chez notre malade sont des ganglions. Cependant il est incontestable que dans le nombre des tumeurs soi-disant ganglionnaires constatées par les observateurs, il y a certainement des ganglions plus ou moins dégénérés, ou simplement hypertrophiés par une irritation quelconque. On ne peut pas expliquer toujours cette dégénérescence par l'infection et l'envahissement d'une tumeur voisine, puisque, dans le cas de M. Millard, nous voyons que les ganglions de l'aisselle droite sont engorgés quand la tumeur du sein siège à gauche. M. Hayem (1) dit en parlant des ganglions dans la sarcomatose : « Il est très-rare de les voir augmenter de volume alors même que l'affection évolue dans leur voisinage et dans le petit nombre de cas où l'on a constaté qu'ils étaient plus volumineux que du côté sain, il est arrivé à plusieurs reprises que l'examen histologique a permis d'affirmer qu'il n'y avait dans leur intérieur rien qui ressemblât à une production fibro-plastique. » Tous les auteurs et Billroth en particulier, admettent que les cas d'infection des ganglions par les sarcomes primitifs sont très-rares.

Nous remarquons encore dans nos observations que les trois femmes eurent des néoplasmes dans le sein gauche. Nous constatons une sorte de symétrie pour les tumenrs qui se développent le long des vaisseaux (cas de Tripier),

(1) Cité par Vilary Etude des tum. fibro-plast. Paris, thèse, 1876.

puisque ceux-ci sont eux-mêmes symétriques. Une symétrie analogue, mais dont la cause est moins évidente se rencontre dans la diathèse lipomateuse et dans les tumeurs secondaires de la mélanose. Nous ne trouvons aucune tumeur dans les mains, les pieds, la langue, les tendons, les os, le périoste. Nous voyons que le nombre des tumeurs est plus considérable sur le tronc et sur la face antérieure du corps. Il ne semble pas y avoir de prédominance pour le côté gauche que pour le côté droit ainsi qu'on le constate dans certaines tumeurs (nœvi).

— *Volume* —

Le volume des tumeurs est toujours restreint quand elles sont superficielles. Elles atteignent leur plus grande masse dans le tissu cellulaire viscéral. Les tumeurs musculaires sont intermédiaires.

Les tumeurs superficielles (sous-cutanées, musculaires et intermusculaires) ne dépassent pas le volume d'une pomme ; encore ce volume (4 pouces sur 3) n'a-t-il été atteint qu'une fois (tumeur de la paroi abdominale du malade de Gairdner). Le plus souvent elles varient de la grosseur d'un pois à celui d'un œuf de pigeon. Plus elles sont grosses, moins elles sont nombreuses. Mais à mesure que la maladie fait des progrès, les premières parues s'accroissent ou restent stationnaires pendant que de nouvelles paraissent.

Les masses musculaires sont plus volumineuses. Les plaques du malade de Tripier semblaient indépendantes

des noyaux qui n'avaient pas un grand volume ; mais, dans ce cas, chaque tumeur n'a pas comme dans le notre les caractères qu'elle aurait sì elle était seule. Si on prend chaque tumeur des muscles chez notre malade, indépendamment de ses voisines, on voit qu'elle s'est développée comme si elle avait été unique. Seulement la diathèse, au lieu de déposer rapidement ses éléments morbides dans un seul point a préféré les disperser dans le même temps, dans des lieux différents et multiples.

Les tumeurs des viscères ne se montrent en général que sous forme de noyaux. Cependant, dans notre cas, la prostate est très-volumineuse, mais nous pensons que dans le principe, elle ne devait contenir que des noyaux séparés qui, en s'accroissant se sont fusionnés et nous fondons notre opinion sur ce qui se passe dans le corps thyroïde et la verge de notre malade. Dans les viscères importants (poumons, foie, reins, etc.), la néoplasie ne se trouve qu'à l'état de noyaux, parcequ'elle ne s'y développe généralement que tardivement alors que l'organisme est sous le coup d'une infection et d'une généralisation. Cette infection, jointe aux désordres que provoquent les dépôts dans les organes, emporte le malade avant que ceux-ci ne soient devenus importants.

Les tumeurs de la cavité abdominale sont les plus importantes par leur masse. La tumeur sous le foie, dans le cas de M. Millard pesant 2,630. Celle de notre malade est comme une tête de fœtus. Dans le cas de Gairdner, il y a une masse volumineuse englobant le rein droit et la capsule surrénale ; elle est formée de plusieurs groupes de tumeurs qui en se développant auraient fini

par constituer une masse unique. La capsule surrénale gauche a la forme d'une masse globuleuse et aplatie de 3 pouces 1/2 de diamètre.

— *Nombre.* — Le nombre total des tumeurs est assez difficile à apprécier. Il en faut au moins une dizaine pour que la maladie mérite le nom de sarcomatose multiple. Nous ne voyons pas qu'on en ait jamais trouvé autant que dans certains cas de lipomatose où on en a compté jusqu'à 1,000 ou 1,200. Le malade qui paraît en avoir eu le moins sous la peau est peut-être encore le notre, mais nous ne savons pas ce que l'avenir lui réserve. Il en a en tout actuellement 150 environ, en comptant celles qui ont été enlevées par le chirurgien.

— *Consistance.* — La consistance est généralement ferme, dure, surtout pour les petites ; il y a une résistance élastique que l'ongle a de la peine à vaincre. Dans le cuir chevelu, les tumeurs de notre malade et de celui de Gairdner avaient une molesse relative ; elles ressemblent plutôt à des lipomes et à des loupes. La consistance diminue avec l'augmentation de la vascularité et du nombre des cellules embryonnaires. Cependant nos tumeurs qui étaient fibro-plastiques ne paraissent pas avoir été plus dures que celles où il n'y a que des cellules rondes. On n'a pas vu, dans les observations, de dureté considérable comme on en observe dans les sarcomes des os, sauf pour les plaques musculaires que Tripier qualifie de ligneuses, ni de mollesse comme cela se voit dans certains sarcomes télangiectasiques.

— *Forme.* — Tous les observateurs comparent leurs tumeurs à des olives, des amandes, des pois, des perles, des œufs depigeon, des noix, etc. On en trouve d'aplaties comme deslentilles, d'étalées comme des verres de montre ou des macarons, de globuleuses et de sphériques. Généralement, elles sont allongées dans un sens. Celles des muscles le plus souvent ont une calotte qui fait saillie sous l'aponévrose, tandis que le reste de leur masse est logée dans le muscle. Des bourgeons peuvent déformer cette apparence et faire un cube d'une masse pisiforme comme nous le voyons au cordon, chez notre malade. Les tumeurs sont limitées et lisses à leur surface. Deux tumeurs de Gairdner sont lobulées. Les plaques musculaires elles-mêmes n'ont pas de bords diffus.

— *Mobilité.* — La mobilité est en rapport avec le siège des néoplasmes. Quand ils sont entourés de tous côtés de tissu cellulaire, ils sont mobiles sous la peau et sur les aponévroses. C'est ce qu'on voit dans la tumeur typique de la sarcomatose sous-cutanée. Mais si le développement du sarcome est trop considérable, on le voit adhérer à la face profonde du derme, surtout quand il n'est pas contenu dans une capsule qui limite son envahissement. C'est ce qu'on voit sur les grosses tumeurs sous-cutanées du malade de Perrin, de Dauchez, de Shattuck. Dans le cas de Gairdner et dans le notre, mais à un moindre degré, la peau adhérait au contraire à quelques petites tumeurs. L'adhérence aux aponévroses est bien plus rare qu'à la peau, encore ne peut-on pas dire souvent si une tumeur est musculaire ou simplement collée sur l'aponévrose. Il

est aussi difficile de constater sans autopsie s'il existe des adhérences aux parois vasculaires, adhérences qu'on a vu parfois être assez intimes pour forcer le chirurgien à ouvrir les vaisseaux quand il voulait enlever le néoplasme.

— *Transparence.* — Elle n'a été recherchée et constatée que chez notre malade et encore à travers la peau. C'est un caractère qui se rencontre souvent dans les sarcomes, surtout ceux à cellules rondes c'est ce qui fait que chez les malades atteint de sarcocèle du testicule avant la ponction on a souvent fait le diagnostic d'hydrocèle.

— *Ulcération.* — En général, aucune tendance à l'ulcération. Nous ne la trouvons que sur deux tumeurs assez volumineuses dans le cas de Perrin ; mais son malade est alcoolique, il a de l'athérome dans l'aorte, du pityriasis versicolor et sa peau en général est dans de mauvaises conditions de nutrition. Nous pensons donc que l'on peut disculper les sarcomes d'une disposition propre à l'ulcère puisque on voit parfois, sur des néoplasmes absolument bénins, des peaux saines d'ailleurs, s'ulcérer par le fait des irritations et de la nutrition défectueuse locale auxquelles leur saillie seule les expose. Dans le cas de Shattuck nous trouvons de l'érythème et une desquamation épidermique mais sans ulcération.

— *Capsule.* — Toutes nos tumeurs possédaient une capsule, aussi bien celles qui étaient libres sous la peau que celles des muscles. Cette capsule rendait l'énucléation des tumeurs excessivement facile et elles sortaient de l'in-

cision comme un noyau de cerise qu'on presse entre la pulpe des doigts. Dans le cas de M. Millard les tumeurs sous-cutanées en avaient aussi bien que la tumeur de l'abdomen. Dans celui de Gairdner, toutes les tumeurs ne sont pas aussi bien limitées. Du reste, à l'œil nu, les tumeurs peuvent paraître limitées sans qu'elles aient de capsule. C'est ce qu'on voit dans le cas de Perrin. La tumeur enlevée par M. Tripier dans le biceps de son malade était enveloppée par du tissu cellulaire lâche, teint de sang. Ce cas est assez général. Les tumeurs fibro-plastiques sont assez souvent entourées ainsi d'un tissu très-vasculaire qui facilite leur énucléation.

— *Coupe.* — La coupe des noyaux est en général homogène, elle présente un aspect blanc mat, presque uniforme, et une fermeté assez grande. Les vaisseaux ne sont pas dilatés. Le raclage ne donne pas de suc lactescent. On ne trouve pas de points ramollis ni de dégénérescence kystique sauf sur une tumeur fessière de la malade de M. Millard qui renferme un foyer hémorrhagique ancien, couleur chocolat ainsi que beaucoup des tumeurs molles du malade de Gairdner. D'après MM. Cornil et Rauvier, la transformation en kystes sanguins d'une partie de la tumeur se montre lorsque les vaisseaux, n'ayant pas de membrane propre résistante, se rompent et laissent échapper du sang; un foyer hémorrhagique se produit alors. Cette complication se produit dans les variétés molles du sarcome. Le mécanisme de ces kystes sanguins est ainsi très-bien expliqué. Sous l'influence de la moindre pression sur la tumeur, les vaisseaux se déchirent et le

foyer se produit; c'est pour cela que nous n'en avons pas trouvé dans nos sarcomes fuso-cellulaires et encapsulés. On pourrait croire qu'il y a une relation entre ces tendances aux hémorrhagies localisées dans les sarcomes et les hémorrhagies sous-cutanées générales qu'on a vues dans les cas de Dauchez et de Perrin.

Mais si l'on songe que les taches ecchymotiques peuvent être mises sur le compte de la cachexie, de l'alcoolisme, ou d'une maladie de cœur, que dans le cas de Gairdner où les effusions sanguines dans les néoplasmes sont le plus nombreuses, il n'y en a pas une sous la peau, il faut bien reconnaître que cette hypothèse n'a aucun fondement.

Nous notons encore sur nos coupes une surface grenue et M. Tripier une surface lisse au contraire et une coloration rosée. Il n'est dit nulle part si on a remarqué des tourbillons séparés par des tractus longitudinaux comme on le voit quelquefois.

II. — EXAMEN MICROSCOPIQUE

Dans la sarcomatose sous-cutanée, on ne trouve guère que les formes fuso-cellulaire et globo-cellulaire, ou bien des formes mixtes. Les tumeurs fibro-plastiques sont plus fréquentes, elles paraissent plutôt être secondaires et les tumeurs globo-cellulaires, idiopathiques.

Dans notre cas, on ne trouve que des cellules fusiformes sous forme de faisceaux transversaux ou longitudinaux. Le diagnostic anatomique est donc des plus nets :

nous sommes en présence de sarcomes fasciculés de Ranvier.

Dans le cas de M. Millard, les tumeurs, la plus grosse même, ont la même composition. M. Laboulbène a trouvé la constitution du sarcome fasciculé myxoïde. Le cas de Gairdner nous offre des sarcomes globo-cellulaires, mais avec une légère tendance en certains points à la forme fuso-cellulaire. L'examen de M. Legroux dans l'observation de Dauchez nous montre que les tumeurs sont plutôt globo-cellulaires, mais qu'il y a aussi un mélange de cellules fusiformes. Dans le cas de Perrin, on ne trouve absolument que des cellules rondes. Les tumeurs de M. Tripier étaient mixtes avec prédominance de cellules rondes comme dans le cas de Dauchez.

Nos tumeurs ont encore avec celles de M. Millard et celles de Perrin la ressemblance d'être lobulées. Les lobules sont séparés par des travées de tissu conjonctif normal.

Les vaisseaux dans tous les cas sont nombreux et se présentent sous forme d'espaces irréguliers et anguleux dont quelques-uns contiennent encore du sang. Ils n'ont comme paroi qu'une couche d'éléments de même nature que ceux du néoplasme. Gairdner signale une disposition particulière des vaisseaux ; ils sont larges, tortueux et donnent aux tumeurs l'aspect de la rate.

La capsule d'enveloppe, continue (cas personnel, Millard), composée de tissu fibreux et de quelques fibres élastiques (Millard), est aussi signalée par Gairdner, mais sur quelques tumeurs seulement ; ce qui n'empêche pas qu'il y avait le long des vaisseaux sortant des néoplasmes, des

cellules semblables à celles qui les composaient. M. Tripier ne note pas de capsule, mais quelques fibres élastiques dans la tumeur.

Les observateurs donnent peu de détails sur les cellules. M. Malassez (Millard) y trouve un ou deux noyaux avec nucléoles. M. Ménétrier (Perrin) les trouve de volume très-variable, arrondies ou polyédriques, généralement comme un globule blanc; « mais, dit-il, beaucoup sont plus petites et beaucoup sont 2 ou 3 fois plus volumineuses. Elles sont formées d'une mince couche de protoplasma entourant un ou plusieurs gros noyaux arrondis ; un seul pour les plus petites, jusqu'à 4 ou 5 pour les plus grosses. Toutes ces cellules se colorent fortement par les réactifs. » M. Morat (Tripier) constate un ou plusieurs noyaux dans les cellules fusiformes. Coats note que le volume des cellules est un peu plus grand que celui des globules rouges, mais qu'il y a des variations considérables.

Comme éléments accessoires, on note quelques parties myxomateuses (Millard, Laboulbène), d'autres caséeuses, d'autres granulo-graisseuses ; la dégénérescence kystique (Millard) dans une tumeur; Gairdner trouve dans presque toutes des caillots. Dans la tumeur intestinale de son malade on trouve des fibres musculaires qu'il est impossible de séparer des masses néoplasiques.

Dans les tumeurs de Perrin, on voit que les travées du tissu conjonctif normal sont englobées dans la tumeur envahissante. On note parfois dans la même tumeur, surtout dans les grosses (Millard, Gairdner), des portions de néoplasme parvenues à un degré plus avancé d'organisation. On y voit de jeunes cellules rondes, puis à côté, des noyaux fuso-cellulaires et enfin du tissu fibreux pur.

Dans aucune observation, on ne trouve d'éléments du derme, ni de nerfs, ni de tissu graisseux normal. On a recherché avec soin des traces de réticulum, Coats qui avait cru en trouver fut contredit par la commission de la société pathologique de Londre que Gairdner chargea de vérifier l'examen. Mais ces observateurs ajoutent que des tumeurs appelées lymphomes présentent la même structure ; quoiqu'il en soit leur conviction est qu'il s'agit de sarcomes. Or la distinction est importante à faire, parce que s'il s'agissait de lymphadénome, le fait de la régression spontanée n'aurait rien d'extraordinaire. Or tous les histologistes (Darié, Malassez, Gairdner, Ménétrier, Morat) affirment qu'il n'y a pas de réticulum lymphoïde dans nos tumeurs.

PATHOGÉNIE

Les questions qui se rattachent à la pathogénie des tumeurs multiples peuvent se grouper sous deux chefs. D'abord on peut étudier les tumeurs individuellement et chacune indépendamment de sa voisine au double point de vue du développement et de l'accroissement du néoplasme. En second lieu, on peut rechercher quel est le mécanisme de la pluralité des productions morbides et l'influence sous laquelle elle se produit (diathèse, généralisation).

I. — Tumeurs prises individuellement

A. *Développement.* — Conheim a essayé de donner une théorie du développement des tumeurs. Pour lui, lors de la formation du fœtus et de ses organes, des germes embryonnaires restent inclus dans ces organes, et demeurent sans emploi. Ou bien, ils passent inaperçus jusqu'à la mort, ou bien, sous l'influence d'une cause irritante, quelquefois minime, ils se développent et donnent naissance à des tumeurs dont la nature varie avec celle du germe. Robin admet pour le développement du sarcome en grande partie cette théorie séduisante. Il est certain qu'il y a des faits qui plaident en faveur de cette hypothèse. Ainsi les sarcomes des viscères se voient surtout chez les enfants; les sarcomes primitifs des reins, de la prostate, du pancréas, du foie ne se voient même que chez eux. On ne trouve que chez eux la diathèse sarcomateuse multiple du périoste. Les sarcomes sont souvent congénitaux; il arrive souvent qu'on opère des enfants pour des tumeurs de cette nature. Les sarcomes congénitaux d'après Parker ont une tendance à la gé-

néralisation ; nous en citons plus loin des exemples et c'est la plèvre qui devient le plus souvent le siège des tumeurs secondaires. Les ganglions sont fréquemment atteints aussi. Il est évident que les germes embryonnaires morbides doivent sommeiller plus longtemps dans le tissu cellulaire, là où ils trouvent des éléments qui leur ressemblent et où ils n'ont pas la chance d'être employés à former des tissus nobles. Aussi chez l'adulte, le point de départ le plus fréquent du sarcome est-il le tissu cellulaire.

Mais on devrait rencontrer souvent aussi des sarcomes dans le système lymphatique où vivent surtout des cellules rondes. Cependant, dans la sacomatose du tissu cellulaires, l'envahissement des ganglions est relativement très-rare et inversement la sarcomatose ganglionnaire (lymphadénome) n'envahit pas le tissu cellulaire. Cependant le sarcome pur des ganglions n'a été admis que comme probable par les auteurs. Humbert (1) ne décrit pas le sarcome des ganglions. Vaillard (2) cite un cas réel de sarcome primitif localisé dans les ganglions lymphatiques se généralisant rapidement et donnant lieu à des productions similaires dans divers organes, se rapprochant par leur marche clinique de certains lymphadénomes à évolution précipitée. Vaillard rapporte 3 autres cas puisés à diverses sources mais moins probants sauf peut-être celui de Ladmiral,

D'autre part, Roussy (3) conclut d'un travail de M. Hayem que les tumeurs désignées sous le nom de sarco-

(1) Thèse d'agrégation 1878. Néoplasmes des ganglions.
(2) Revue de médecine 1882, p. 829.
(3) Société de Biologie 30 avril 1887.

mes donnent lieu à une augmentation du nombres des globules blancs. Ces faits seraient assez constants pour devenir un élément de diagnostic. Mais M. Malassez objecte que lorsqu'un néoplasme s'accompagne de plaies et d'ulcérations le nombre des globules blancs est toujours augmenté. Si M. Hayem a opéré sur des tumeurs ulcérées, ces résultats n'ont rien d'étonnant.

M. Hayem fit répondre par M. Roussy à M. Malassez que l'augmentation des globules blancs dans les tumeurs ulcérées ne se produit qu'à l'occasion de l'irritation de la plaie ou des parties voisines et ses examens n'ont porté que sur des malades ne présentant aucune lésion inflammatoire, ni aucune autre cause de leucocytose.

M. Malassez répond de nouveau que l'augmentation des globules blancs n'est pas constante chez les néoplasiques. Elle dépend de diverses influences entre autre d'une ulcération anfractueuse.

M. Bonne (1) prouve que, lorsqu'il y a suppuration seulement, le nombre des globules blancs est augmenté ; un vésicatoire seul peut produire cet effet.

Il résulte de tout ceci que l'augmentation des globules blancs ne peut être un élément de diagnostic. Du reste dans nos cas on a examiné 4 fois le sang (observ. pers., Gairdner, Perrin, Tripier) et chaque fois on l'a trouvé normal. En second lieu, quand on constaterait une augmentation des globules, cela serait une conséquence de l'apparition des sarcomes et non la cause primitive de leur développement. Il est curieux de rapprocher l'obser-

(1) Paris, thèse, 1876.

vation de M. Hayem de l'idée qu'avait eu Gairdner d'examiner le sang dans la période de régression des tumeurs. Mais il est bien probable que M. Hayem n'a pas fait de recherches sur des tumeurs en voie de régression, et que la leucocytose qu'il observait tenait à une autre cause qu'au dégorgement des tumeurs dans le système vasculaire.

Cependant nous devons faire remarquer que cliniquement et anatomiquement la sarcomatose présente quelques rapports avec les diathèses lymphoïdes. M. Tripier dit : « Parmi les affections musculaires décrites jusqu'à ce jour, nous n'avons rien trouvé qui pût se rapporter à ces tumeurs. Celles-ci en raison de leurs caractères physiques qui rappelaient ceux des ganglions hypertrophiés, de leur disposition indiquée plus haut (le long de la gaîne des vaisseaux), de la concomittance des plaques indurées superficielles, d'un peu d'hypertrophie d'un certain nombre de ganglions et de la toux persistante avec rescrudescence même depuis quelque temps, nous parurent plutôt sous la dépendance du système lymphatique, mais sans pouvoir donner un nom à la maladie. » (1) En outre certains auteurs ont décrit sous le nom de sarcomes, des tumeurs où ils ont vu des stries et des fibrilles anastomosées comme dans le tissu adénoïde de His. Ce fait n'indique-t-il pas qu'il y a parfois une grande analogie entre le sarcome et le lymphadénome et que les deux néoplasmes sont proches parents puisqu'on peut trouver tous les intermédiaires entre les types de chaque espèce. Ainsi pour-

(1) Tripier, Lyon médical, 16 juillet 1876.

rait-on concevoir que dans certains cas les sarcomes possèdent comme les lymphadénomes la faculté de régresser.

Enfin Coats n'a-t-il pas cru trouver un léger reticulum chez les tumeurs du malade de Gairdner, et la commission anglaise n'avoue-t-elle pas qu'il y a des lymphomes qui y ressemblent ? L'histoire de la sarcomatose primitive des ganglions est encore trop obscure pour qu'on puisse tirer une conclusion de tout ceci.

M. Babès accepte, comme tous les auteurs que le sarcome soit une néoplasie embryonnaire, mais il ne reconnaît pas que le tissu du sarcome représente l'état embryonnaire du tissu conjonctif. Pour lui les éléments vasoformateurs sont excessivement développés et leur prolifération détermine la forme de chaque sarcome sous deux modes principaux : 1° Les éléments vaso-formateurs proliférants n'aboutissent pas au vaisseaux parfait mais à une sorte de vaisseau incomplet plus ou moins en rapport avec les vaisseaux préexistants, plus ou moins entouré d'une hématopoïése. 2° Les éléments pariétaux des vaisseaux sanguins et lymphatiques néoformés, éléments venus de l'endothélium, comme de la tunique moyenne, de la tunique adventice, du périthélium, prolifèrent abondamment sous la forme embryonnaire et étouffent le vaisseau. Les éléments vasculaires et nerveux de la paroi du vaisseau peuvent prendre part à la néoplasie.

Quoiqu'il en soit, le tissu conjonctif est le terrain par excellence ou se développe le sarcome. Même dans les muscles où MM. Cornil et Ranvier n'admettent pas le sarcome primitif, mais bien les tumeurs qui s'y sont développées par continuité, venant des aponévroses engaî-

nantes ou du périoste voisin, d'après ces auteurs : « Le développement de la masse morbide se fait toujours par une production de tissu embryonnaire dans les espaces de tissu conjonctif qui, comprimant les faisceaux primitifs du muscle, détermine une atrophie simple ou accompagnée de transformation granulo-graisseuse. Cette dernière forme se rencontre dans les cas où la transformation en tissu sarcomateux est très-rapide. »

M. Grancher (1) n'a pas la même manière de voir : « Depuis que l'on connaît mieux, dit-il, les rapports des tissus les plus compliqués en apparence avec les plus simples, la cellule, par exemple, on invoque plus volontiers les éléments spéciaux (éléments nobles) dans les divers processus et le tissu conjonctif longtemps accusé de tout le mal perd chaque jour du terrain. Déjà Waldeyer et Schweiger-Seidel avaient décomposé le faisceau musculaire en cellules ; Ranvier vient d'en faire autant pour le tissu nerveux et l'on ne voit pas pourquoi à priori des cellules simplement transformées ne participeraient pas aux divers processus pathologiques de la cellule. »

Forster, Waldeyer, Sokolow prétendent que le sarcoléme se transforme en sarcome. Pour Sokolow, la transformation commence dans les faisceaux musculaires par une multiplication des noyaux avec accumulation de protoplasma autour d'eux. Weil pense de même. Les autres auteurs sont d'un avis contraire, en général, et parmi eux nous avons Cornil et Ranvier, Rindfleisch, Feltz, Nicaise, Lemaréchal (2), Combet (3), etc.

(1) Revue des sc. médic. 1873, tome II, p. 614.
(2) Paris, thèse 1880.
(3) Paris, thèse 1881.

Du reste, si les sarcomes primitifs des muscles sont regardés comme assez fréquents par Volkman, ils sont presque niés par Despres et Cornil et Ranvier.

Souvent on a considéré comme sarcome né dans un muscle l'expansion d'une tumeur qui primitivement s'était développée dans le tissu cellulaire intermusculaire, ou même sous-cutané comme cela s'observe si souvent dans les sarcomes des membres.

Mais dans le cas de M. Tripier et le notre les tumeurs absolument nettes et distinctes ne laissent pas de doute sur leur origine intra-musculaire ; mais nous n'y trouvons pas de raison suffisante pour nous ranger à l'un ou l'autre avis. Nous trouvons bien autour de la tumeur de Tripier du tissu cellulaire lache teint de sang au milieu duquel se trouvaient quelques parcelles de tissu musculaire qui semble alors en voie de désorganisation pour former cette gaîne lache; mais d'un autre côté nous ne pouvons nous expliquer que dans les tumeurs intestinales de Gairdner et dans le cas de Bilton Pollard (voir plus bas) il reste des éléments musculaires normaux dans des noyaux, si ceux-ci se forment aux dépens des éléments normaux.

D'après MM. Cornil et Ranvier, dans le poumon, le développement du sarcome a lieu soit dans l'intérieur des alvéoles, soit dans le tissu conjonctif des cloisons pulmonaires. Le nodule sarcomateux est constitué par un groupe d'alvéoles remplies de cellules embryonnaires rondes ou fusiformes.

Un point intéressant du développement des tumeurs sarcomateuses est de voir qu'ils peuvent prendre racine dans une tumeur d'abord bénigne, particulièrement dans

le fibrome. En effet, M. Le Dentu (1) dit que « l'idée de durée est en rapport avec la structure fibreuse du tissu et d'autre part que des tumeurs antérieurement bénignes peuvent prendre un caractère malin au fur et à mesure que leur structure devient plus embryonnaire. On peut en inférer que le diagnostic d'une tumeur bénigne se fonde en grande partie sur la durée de son existence, la lenteur de ses progrès et la consistance de son tissu, mais que cette même tumeur après une évolution plus ou moins longue est susceptible de se transformer et alors de prendre un accroissement rapide. »

M. Verneuil, dans une clinique à la Pitié (2), parlait ainsi des tumeurs développées dans les éléments fibreux de la région inguinale : « Ces néoplasmes bien décrits par Bodin sont de nature conjonctive, des fibromes le plus souvent, mais ils peuvent passer à l'état de sarcomes lorsque leur développement est rapide et que leurs éléments n'ont pas le temps d'arriver à l'état adulte. »

Virchow prétend avoir rencontré souvent des transformations sarcomateuses surtout dans la forme de sarcomes à cellules fusiformes et à cellules rondes avec substance intercellulaire fibreuse et Daniel Mollière (3), qui n'admet pas la transformation du fibrome en mixome, dit qu'il faut être plus réservé pour sa transformation en sarcome.

La thèse de Ricard (Paris 1885), établit la possibilité de ces substitutions néoplasiques. La thèse de Moricourt

(1) Bull. soc. anat. 1874, p. 577.
(2) Semaine méd. 15 nov. 1883,
(3) Dict. encyclop. art. fibrome.

(Paris 1864), nour fournit une observation que nous croyons concluante.

Il s'agit d'un homme de 40 ans, entré le 13 mars 1863 dans le service de M. Barth à l'Hôtel-Dieu. Il a toujours joui d'une bonne santé jusqu'en 1862, époque à laquelle M. Trélat l'a opéré d'une tumeur fibreuse grosse comme le poing dans le dos. « La peau du malade est couverte de petites tumeurs arrondies d'une consistance dure, du volume d'une petite noisette pour les plus grosses, ressemblant par leur aspect à l'acné molluscoïde ; mais en différant par une consistance plus grande et par l'absence d'orifice à leur surface. Parmi ces tumeurs cutanées, les unes font saillie au-dessus de la peau et sont plus ou moins pédiculées ; les autres sont sous-dermiques et se sentent au-desssous de la peau comme de petits grains roulant sous le doigt ; à la région épigastrique, on en sent deux plus volumineuses grosses comme de petites noix.

« Ces tumeurs siègent surtout sur le thorax et l'abdomen en avant et en arrière on en trouve quelques-unes au cou, sur les épaules et à la partie supérieure des cuisses. Au dire du malade, ces tumeurs seraient congénitales et la tumeur dont M. Trélat l'a opéré aurait été primitivement analogue à celles que nous venons de décrire. Il assure avoir entendu dire à M. Trélat que c'était une tumeur fibreuse. Depuis cette ablation sa santé est altérée ; anorexie, dégout, affaiblissement, peau terreuse, amaigrissement, douleurs dans les reins et à l'estomac. Cachexie, rien au poumon. OEdème, diarrhée, mort le 6 mai 1863.

« On trouve dans l'hypochondre gauche devant la colonne vertébrale une tumeur sphéroïde, un peu ovoïde, du volume des deux poingts, lisse, ferme, ramollie par places. Coupe blanc légèrement jaunâtre, très consistante ; dans quelques points, c'est un tissu transparent analogue au tissu de l'embryon. Dans un tiers de son étendue et vers la partie inférieure de la tumeur, elle est plus jaunâtre, plus terne, plus inégale, semblable à de la matière tuberculeuse ; elle présente l'aspect phymatoïde que l'on rencontre si fréquemment dans les tumeurs du testicule. Il existe également dans la partie inférieure 2 ou 3 cavités grosses comme des noisettes, remplies d'une sérosité rougeâtre et dues vraisemblablement à des épanchements sanguins. Il existe dans le mésentère une tumeur grosse comme une noix, dure, de consistance fibreuse.

« Poumons remplis de petits noyaux indurés, gros comme des pois ne formant pas de tumeurs nettement circonscrites, mais ayant la consistance et l'aspect du tubercule. »

Telle est cette observation qui ressemble aux nôtres à plus d'un point de vue et que pour cette raison nous avons tenu à citer en entier. Voici maintenant l'examen micrographique des néoplasmes par Robin. « La plus grande partie de la tumeur volumineuse est formée de tissu fibreux proprement dit, parsemé d'un certain nombre de noyaux embryoplastiques pouvant présenter environ un 50me de la masse, à côtés des fibres disposées en faisceaux et en nappes. Parmi ces fibres, il en est qui sont encore à l'état de corps fibro-plastiques fusiformes et étoilés mais en petit nombre. Les parties molles demi-transparentes

grisâtres sont au contraire formées presque exclusivement de noyaux embryoplastiques et quelques corps fibro-plastiques fusiformes ou étoilés, isolés ou réunis en faisceaux et de capillaires. Parmi ces noyaux il en est un certain nombre qui sont hypertrophiés ainsi qu'il arrive souvent dans les tumeurs qui en sont principalement formées, c'est-à-dire qui ont une longueur double environ de celle qui leur est habituelle. Presque tous renferment un petit nucléode et quelques-uns de ceux qui sont hypertrophiés en renferment deux.

La portion de la tumeur qui offrait l'état phymatoïde devait cet aspect à la présence d'un nombre considérable de petites granulations jaunâtres déposées entre les fibres et dans leur épaisseur. De plus les noyaux embryoplastiques assez abondants au sein de cette portion du tissu étaient remplis de ces granulatious jaunâtres réfractant assez fortement la lumière en lui donnant une teinte foncée. Ces noyaux étaient par suite de ce dépôt granuleux devenus irréguliers, quelques-uns presque sphériques et un peu plus gros que ceux des autres portions de la tumeur.

La tumeur mésentérique et celles de la peau étaient franchement fibreuses. Dans la première toutefois, il y avait par places une certaine quantité de noyaux embryoplastiques, interposés aux fibres comme éléments accessoires et presque tous de petit volume.

Ces diverses productions morbides étaient donc franchement fibreuses, avec mélange de portions formées de tissu embryoplastique au sein de la plus grosse. Quand à l'altération phymatoïde de celle-ci ; elle n'offrait rien qui

ne soit habituel lorsque cette sorte de superfétation morbide se produit au sein d'une tumeur fibreuse ou autre ; fait commun lorsque ces lésions atteignent un grand volume. »

Cette observation si intéressante nous montre que l'envahissement sarcomateux semble avoir produit la cachexie dans une fibromatose presque congénitale. Il serait intèressant de savoir si la tumeur enlevée par M. Trélat commençait à subir cet envahissement et on peut se demander si ce n'est pas cette ablation au contaire qui a donné une impulsion plus vive et plus maligne à la diathèse néoplasique.

Nous pouvons encore trouver dans Lebert (1), Michel (2) Lannelongue (3), des exemples de tumeurs fibroplastiques qui ressemblent plus ou moins à du tissu fibreux et prennent les caractères des sarcomes. Malheureusement l'insuffisance des détails dans les observations et les examens micrographiques, l'incertitude où l'on est de savoir si ces anciens auteurs ont eut affaire à du tissu fibreux tel que nous l'entendons aujourd'hui ou a des tumeurs fibroplastiques réelles ou à quelque chose d'intermédiaire, nous empêche de citer ces cas avec assurance.

En présence de cette possibilité de transformation du fibrome en sarcome, voyant d'autre part que la sarcomatose sous-cutanée présente parfois une évolution relativement lente, on pourrait se demander si dans une fibromatose générale il ne peut pas se faire à un certain mo-

(1) Anatomie pathol. générale et spéciale.
(2) Michel. Mémoire de l'académie de méd. 1857 tome XXI.
(3) Mémoires de l'acad. de med. 1867-68. tome XXVIII.

ment une transformation sarcomateuse. A ce moment alors l'infection et la généralisation dans les viscères se produiraient et amèneraient la cachexie. Aucun de nos cas, sauf celui de Moricourt ne peut nous le faire supposer. Les tumeurs, enlevées à n'importe quel moment de leur évolution, ont toujours présenté les caractères du sarcome; du reste, le fibrome ne se développe jamais ou presque jamais dans les muscles. Hénocque (1) n'en cite qu'un exemple dû à Volkman. Nous devons donc admettre que la sarcomatose multiple a dans certains cas, quand elle est sous-cutanée, et dans le début au moins une évolution absolument semblable à celle des tumeurs bénignes multiples (Fibromes, lipomes).

Un point sur lequel nous croyons devoir appeler l'attention est le fait des taches purpuriques et de la tendance aux hémorrhagies interstitielles : M. Millard trouve une tumeur avec un kyste sanguin. Gairdner voit presque toutes les tumeurs avec des caillots. Dauchez et Perrin constatent des taches de purpura sur la peau. Dans les sarcomes de la peau, type Kaposi, on trouve l'aspect angiomateux des tumeurs. Enfin dans une observation (2), de chlorosarcomes périotisques multiples chez une petite fille de cinq ans, observation dûe à Gade, assistant à l'institut d'anatomie pathologique de Christiania, nous trouvons qu'on constate aux extrémités inférieures la présence de taches sous-cutanées, couleur de sang. Ce liquide était en voie de pénétrer à travers la peau et contenait à cet endroit une masse verte butyreux. Ne semble-t-il

(1) Dict. encyclop. art. musculaire.
(2) Gaz. norvégienne med. et Sem. med. 1885. Voir plus loin page 106.

pas d'après ces faits que la diathèse sarcomateuse a pour effet d'altérer d'abord les parois vasculaires ou bien comme le prétendent Kaposi et Babes (voir plus haut) qu'il se forme dès le début des vaisseaux à parois embryonnaires fragiles autour desquels vont s'accumuler les éléments morbides? La masse verte trouvée dans l'ecchymose par Gade ne prouve-t-elle pas qu'il y a là un commencement d'infiltration néoplasique? Peut-être même, sous l'influence de la cachexie, ces vaisseaux nouvellement formés se rompent plus facilement, et au lieu de produire une tumeur il ne donnent naissance qu'à une ecchymose. Cependant comme ces altérations vasculaires semblent plus cutanées que sous-cutanées; comme elles se produisent en même temps que le dépérissement de l'individu, nous admettrions parfaitement qu'elles soient uniquement sous la dépendance de l'état cachectique. Nous savons, en en effet, que le purpura se produit également dans la cachexie cancéreuse. M. G. Thibierge (1) a vu un cas de purpura cachectique symétrique à la fin d'un cancer de l'estomac. Il en conclut que le système nerveux n'est pas sans jouer un rôle, sinon sur la production du purpura, du moins sur la localisation de l'éruption. Le purpura cachectique apparaît souvent sur des parties similaires. On pourrait donc complètement disculper les néoplasmes de produire du purpura; cependant nous sommes assez porté à croire que la fréquence du purpura au moment de la cachexie sarcomateuse tient un peu au mode de développement de cette néoplasie.

(1) France médicale 13 Oct. 1883.

B. Accroissement. — Nous voyons dans les tumeurs de Gairdner, de Perrin, l'accroissement se faire par la prolifération des éléments à la périphérie des noyaux et par des prolongements qui s'insinuent entre les éléments normaux. Dans le cas, où il y a une capsule, il est probable que la tumeur en augmentant comprime et refoule les tissus voisins. Cependant on trouve des cas où il est difficile de se rendre compte du mode de développement des néoplasmes encapsulés. Bilton Pollard (1) rapporte qu'il a enlevé à un homme de 72 ans, une petite tumeur du volume d'une noix dans l'amygdale droite. Une incision pratiquée dans la muqueuse permit d'énucléer la tumeur avec le doigt; elle était entourée d'une capsule très-distincte et se composait de petites cellules rondes englobées dans une matrice homogène. On voyait des fibres musculaires striées dans la capsule et dans la masse morbide elle-même ce qui montre qu'un sarcome peut envahir les tissus voisins tout en restant entouré d'une capsule. Il n'y a pas eu de récidive. Le fait de la présence de fibres musculaires dans l'intérieur de la tumeur est tout à fait particulier. On peut se demander s'il y a apport par le sang d'éléments sarcomateux formés ailleurs, ce qui peut être vrai dans le cas de généralisation ; ou bien si les éléments normaux dégénèrent et se transforment en produits morbides. Dans ce dernier cas, on comprendrait moins comment des éléments peuvent rester sains au milieu de leurs voisins qui se détériorent, tandis que dans le premier cas, on conçoit que les éléments morbi-

(1) Soc. de pathol. de Londres, 20 octobre 1885.

des proliférant aient enfermé dans leurs prolongements quelques parties du tissu sain qu'ils repoussent pour se faire de la place. Mais alors, il faut admettre que la capsule ne se forme qu'au bout d'un certain temps, puisqu'une fois formée, elle doit s'opposer à toute pénétration dans l'intérieur de la tumeur.

La tumeur du malade de Gairdner placée sur l'intestin était parsemée de fibres musculaires, mais n'était pas encapsulée et nous comprenons fort bien cette dissociation par la pénétration de productions morbides comme des coins. Mais le cas de Bilton Pollard montre que l'interprétation des lésions qu'on peut rencontrer n'est pas toujours aussi commode. La conclusion qu'on peut tirer des faits est que la capsule fait partie de la tumeur elle-même, qu'elle est une production nouvelle et non pas une simple condensation du tissu cellulaire autour d'un noyau qui déterminerait un tassement dans ce tissu par suite de son expansion. La capsule serait la partie la plus vieille de la tumeur, celle où le néoplasme a acquis le plus haut degré d'organisation. La preuve en est qu'on ne la rencontre que dans les sarcomes fuso-cellulaires qui présentent une évolution plus complète que les tumeurs à cellules rondes. De même que dans les grosses tumeurs (Millard, Gairdner), on trouve des points où il n'y a que du tissu fibreux ; dans les petites, ce tissu fibreux se place à la périphérie où il est refoulé par la production au centre d'éléments nouveaux. Cependant quand cette prolifération de jeunes cellules est trop considérable, la capsule ne pouvant les contenir, celles-ci s'accumulent le long des vaisseaux voisins (Gairdner).

II. — Pathogénie de l'affection généralisée ou multipliée

Après avoir étudié le développement et l'accroisement des tumeurs prises en particulier, il nous reste à étudier la pathogénie de leur multiplicité.

On a cherché à expliquer de bien des façons la production des tumeurs multiples. La théorie de Conheim est celle qui peut en rendre compte le plus facilement. Il n'y a qu'à supposer que les inclusions de germes embryonnaires soient multiples et l'on conçoit la multiplicité de la néoplasie, quand elle se développe. On peut mieux comprendre également les phénomènes d'hérédité. On peut admettre que des parents qui ont des inclusions embryonnaires communiquent à leurs enfants une prédisposition à en avoir aussi. Tandis qu'il est bien difficile de s'imaginer que des parents qui n'ont rien au moment de la conception et qui doivent mourir plus tard de cancer, par exemple, en communiquent sans l'avoir le principe morbide. Seulement on peut soutenir que la prédisposition au cancer se communique sans avoir besoin de l'intermédiaire des germes embryonnaires qui est superflu. Mais à côté des faits de multiplication d'emblée, il y a des faits évidents de généralisation ou de métastase pour lesquels l'hypothèse de Conheim n'a rien à voir.

Généralement, on admet une diathèse pour expliquer le développement de tumeurs multiples primitives et une généralisation pour les tumeurs secondaires. Cette hypo-

thèse d'une diathèse néoplasique n'est pas nouvelle. Du temps de Hunter, on croyait que toutes les tumeurs partaient d'un même point : la lymphe plastique.

Plus tard, on fit des divisions. Pour Cruveilher, deux tumeurs d'organisation différente ne pouvaient avoir aucun rapport. Broca a tenté une classification plus heureuse et en a mis le développement sous l'influence d'une diathèse supérieure. Bilhroth reconnait aussi (1) une diathèse spécifique générale pour la formation des néoplasmes. Sevestre, Hanot, Siredey, Sauce sont en possession d'observations confirmant la même opinion. Verneuil, enfin, réunit dans une même famille et dans une origine communes toutes les tumeurs quelles que soient leur évolution et leur structure. Pour lui comme pour Bazin, tout néoplasique est arthritique et la diathèse néoplasique n'est qu'une des innombrables manifestations de l'arthritis. M. Verneuil (2) expose ainsi sa manière de voir : « Je crois que tous les néoplasmes depuis le lipome jusqu'au carcinome en passant par l'adénome, le chondrome et le fibrome constituent une grande famille pathologique une et indivisible. Certes, il existe des causes particulières qui déterminent la forme anatomique que prendra le néoplasme ainsi que l'organe ou le système qu'il envahira ; mais au-dessus de toutes les conditions pathogéniques partielles plane une disposition générale commune à tous les individus, une diathèse, comme on dit, sans laquelle les causes banales restent insuffisantes et stériles. »

(1) Pathol. chirurg., p. 564.
(2) Clinique de la Pitié, 1884. Sem. médi. 21 août 1884.

Il y a une différence entre la diathèse néoplasique quil est une disposition individuelle spéciale, une aptitude morbigène constitutionnelle à crèer des néoplasmes dans tout l'organisme ou dans une partie de l'organisme et la généralisation « qui est une dissémination et une multiplication de tumeurs secondaires, phénomène d'ordre purement mécanique, n'exigeant pas de modifications particulières dans la composition des néoplasmes, ni dans les tissus (Verneuil). »

M. Verneuil admet que la diathèse néoplasique et congénitale est héréditaire. Chez notre malade nous n'avons rien dans les antécédents qui puisse faire accepter cette opinion, et l'hérédité n'a que rarement été notée dans les autres observations.

En somme, on ne sait rien de bien précis sur l'étiologie des tumeurs, ordinairement primitives quand elles sont multiples, comme les fibromes et les lipomes. Les uns ont admis une dyscrasie. Vichow suppose un certain état irritatif qui devrait donner naissance à ces tumeurs, mais cet état ne pourrait à lui seul en expliquer l'existence et la multiplicité.

Depuis longtemps on a cherché déjà dans un microbe la cause de l'infection plus ou moins générale de l'organisme dans le cas de tumeurs multiples primitives ou secondaires. L'inoculation du cancer sur les animaux a été tentée bien des fois avec succès. Follin, Lebert, Goujon, Von Langenbeck et dernièrement Scheurlen et Weber ont obtenu des résultats positifs. Les cas d'infection d'individu à individu n'ont pas été bien observés ; mais les cas d'auto-infection sont fréquents; on y range la géné-

ralisation des tumeurs dans les ganglions, le long des vaisseaux, dans le poumon, etc. On a vu le carcinome de la lèvre inférieure déterminer vis-à-vis sur la lèvre supérieure une tumeur semblable. Dans le sang, on a cherché alors le produit susceptible d'être inoculé. Les anciens expérimentateurs : Lebert, Follin ont cherché la cellule cancéreuse et bien souvent ne l'ont pas trouvée. Bien plus Follin a conclu de certaines expériences que les cellules pathologiques se détruisent dans le sang. Néanmoins, bien que le microscope et la chimie n'apportaient pas de caractéristique au cancer, on n'en persista pas moins à admettre dans l'infection cancéreuse une dyscrasie sanguine et les auteurs affirment que les éléments cancéreux pénètrent en nature dans le sang en ulcérant les veines. Broca prétend aussi avoir trouvé le sang un peu visqueux, homogène, sans caillots, comparable au sang des cholériques, mais la cause de cette altération était ignorée. Dans ces derniers temps, en Allemagne, des expériences qui paraissent concluantes ont été faites par Scheurlen (1). Il arrive à conclure qu'il existe constamment dans les tumeurs cancéreuses un bacille qu'on peut inoculer d'une façon efficace. Dans ces conditions, de ce qui semble prouvé pour le cancer on peut déduire qu'il existe un bacille spécial à toutes les néoplasies qui sont susceptibles d'infecter l'organisme, c'est-à-dire de se traduire cliniquement par la généralisation ou la multiplicité du mal et par un affaiblissement simultané des diverses fonctions nutritives, Mais si l'on admet que dans la dia-

(1) Soc. de méd. int. de Berlin 28 nov. 1887. Sem. méd. 30 nov, 1887.

thèse, il y a des microbes, il faut appliquer à ce mot, un autre sens que celui que lui attache Grasset (1), puisqu'il dit qu'une diathèse ne peut être parasitaire. Du reste, du moment qu'on admet un envahissement du sang par le parasite, comment admettre que toutes les maladies microbiennes ne soient pas générales, si l'on n'admet pas en même temps dans certains tissus, à l'exclusion des autres, une prédisposition spéciale à être altérés par le microbe.

La définition de la diathèse n'a jamais été faite de manière à satisfaire tout le monde. Bazin en a fait une fort vague. Grasset, dans le Dechambre, Maurice Reynaud, dans le Jaccoud, ont énuméré les traits saillants auxquels on reconnaît une diathèse sans essayer d'en faire une définition écourtée. La notion de diathèse est donc complexe. Pour les cas de tumeurs qui nous occupent, qu'on nous permette de dire que la diathèse est constituée par une disposition spéciale des tissus à recevoir des néoformations multiples et primitives. Broca dit, du reste (2) : « on n'hésite pas à reconnaître que toutes les tumeurs de même nature qui existent sur le même malade sont dues à la même cause et que celles-ci dont les effets se font sentir sur un grand nombre de points est une cause générale. Les exostoses multiples, les lipomes multiples, les chondromes multiples, les fibromes multiples sont également l'indice d'une disposition étiologique généralisée dans tout l'organisme ou du moins dans un grand nombre de régions du corps. Ces diverses tumeurs à cause de leur mul-

(1) Dict. encyclop art. diathèse.
(2) Traité des tumeurs p. 127.

tiplicité ne peuvent être considérées comme le résultat d'un trouble de nutrition purement local ; on est donc obligé de les attribuer à une prédisposition répandue dans tout l'organisme ; nous désignerons cette prédisposition sous le nom de diathèse. » Plus loin, il dit encore : « La diathèse n'est donc pas dans le sang ; elle consiste dans une disposition particulière du tissu atteint. »

On voit parfois les néoplasmes multiples se localiser dans un seul système, ce qui a fait admettre par Broca et par Verneuil des diathèses de système. Dans le cas de lipomatose sous-cutanée, par exemple, le tissu cellulaire superficiel est atteint d'une disposition spéciale a être envahi par le tissu graisseux sous forme de tumeurs, que ce soit un microbe générateur, ou une cellule pathologique qui aille se greffer dans un tissu sain, ou un vice de nutrition qui soit la cause secondaire, déterminante.

Mais à côté des diathèses de systèmes, il y a des diathèses générales ou polysystématiques et polyorganiques suivant l'expression de M. Verneuil (1). On trouve alors des tumeurs semblables dans des tissus et des organes différents. Souvent on voit des diathèses générales à prédisposition systématique, c'est-à-dire où le plus grand nombre des tumeurs se trouve dans un même système et quelques-unes seulement dans d'autres organes. La diathèse ayant déterminé dans un seul système la multiplication de certaines tumeurs peut se généraliser et infecter l'organisme, c'est-à-dire évaluer à la façon des tumeurs secondaires dans des organes nobles (poumon, foie, etc.). En

(1) Sem. méd. 24 juillet 1884.

somme la diathèse, surtout la diathèse de système, se comporte vis-à-vis de l'organisme comme les tumeurs solitaires. Broca dit, en effet : « Les diathèses de système sont plutôt des affections locales parce que, quoique pouvant se manifester dans un grand nombre de régions à la fois, elles ne portent atteinte qu'à un seul système de tissus, respectant tous les autres et surtout ne paraissant avoir aucun rapport avec l'ensemble de la constitution. »

Les tumeurs uniques peuvent se développer primitivement dans plusieurs tissus ; ordinairement, elles en ont un d'élection ; elles peuvent se développer aux dépens des tissus voisins, en augmentant de volume ; enfin elles peuvent se généraliser et infecter l'organisme. De même dans la sarcomatose, on voit que le tissu cellulaire est son siège d'élection. Mais l'observation de M. Tripier prouve qu'elle peut choisir le tissu musculaire, et la peau dans le type Kaposi de la sarcomatose cutanée. Dans notre cas, nous la voyons d'abord envahir le tissu hypodermique et plus tard les muscles. Enfin les observations de Gairdner et Korte en premier lieu, de Dauchez et de Perrin à un moindre degré tendent à prouver l'infection. Les observations suivantes sont très-curieuses parce qu'elles ont pour sujets des enfants atteints de diathèse sarcomateuse du système périostique et osseux, diathèse suivie non-seulement d'infection, mais encore de généralisation secondaire. Seulement on ne peut jamais dire avec assurance si une tumeur multiple se généralise c'est-à-dire, se multiplie par métastase ou bien si les noyaux nouveaux qu'on observe dans les organes nobles sont le fait d'une nouvelle poussée de la diathèse.

Sarcomes multiples chez un enfant, observation lue par Norman Moore à la société de pathologie de Londres, le 5 mai 1885.

Il s'agit d'un enfant mort à 18 mois, présentant à la base du crâne des nodules sarcomateux en très grand nombre ; on en trouva dans les dix premières côtes gauches, dans les os du bassin, dans les deux fémurs, dans les neuf côtes inférieures droites ; les ganglions lombaires et cervicaux, le lobe droit du foie et la capsule surrénale droite étaient aussi atteints. La maladie a durée 4 mois. Les cornées étaient ramollies.

Observation de sarcomes du crâne présenté par Dickinson à la société de pathologie de Londres, le 20 octobre 1885.

Enfant de 12 ans qui se plaignait de douleurs au sommet de la tête dans un point où l'on sentait une légère proéminance. Il y avait aussi des douleurs dans les membres et neuf semaines avant l'entrée à l'hôpital, le malade était devenu aveugle pendant un certain temps. A son entrée à l'hôpital, on note de l'exophthalmie et un gonflement des veines frontales, de nombreux nodules mous disséminés à la surface du crâne. On en voyait un aussi au milieu du sternum. Vomissements fréquents, insomnie, céphalalgie, pouls irrégulier, parfois délire. A l'autopsie, un sarcome à cellules rondes dans les tissus sous le péricrane et dans le sinus longitudinal supérieur.

Observation de tumeurs chlorosarcomateuses généralisées, relatée par Gade, assistant à l'institut d'anatomie pathologique de Christiania, dans la Gazette norvégienne médicale.

Chlorosarcomes periostiques chez une petite fille de 5 ans. L'affection débuta par une tuméfaction de la joue gauche, accompagnée de douleurs semblables à des névralgies dentaires ; la malade eut plus tard de violentes douleurs d'oreilles, de la surdité, suivies d'otorrhée et d'une exophthalmie à croissance continue. Au 70e jour environ, il y eut un peu de fièvre, de légers phénomènes de prostration, quelques vomissements et la petite malade mourut sans présenter d'autres symptômes cérébraux. A l'autop-

sie, nombreuses tumeurs fibreuses très adhérentes au périoste, d'un vert jaunâtre, d'une structure sarcomateuse; elles siégeaient sur la dure-mère, dans l'oreille interne, dans les cavités orbitaires où elles repoussaient devant elles le globe oculaire, sur plusieurs points du périoste des os du crâne et de la face. On en découvrit un grand nombre sur le sternum, les côtes, la colonne vertébrale et dans les viscères : foie, reins, intestins, etc. Aux extrémités inférieures, on constata la présence de taches sous-cutanées, couleur de sang, dont la plus grande partie, qui était en voie de pénétrer à travers la peau contenait une masse verte butyreuse.

A la rigueur, dans ces cas, on peut soutenir qu'il y a une diathèse systématique des os et du périoste qui s'est ensuite généralisée. Dans la sarcomatose cutanée, telle que Perrin la décrit, le fait est encore plus sensible. La présence des noyaux morbides dans les viscères, et la marche de l'affection indiquent, en effet, une généralisation absolument semblable à celle des tumeurs malignes uniques. Mais quand on a une diathèse générale, dont les manifestations se font dans les viscères comme ailleurs, peut-on dire qu'il y ait généralisation au sens strict du mot, c'est-à-dire : transport métastatique infectieux et secondaire dans des organes importants, ou simplement une poussée primitive diathésique. « La généralisation des tumeurs, dit Broca (p. 281), a été souvent confondue avec la multiplicité des tumeurs. Ce sont pourtant deux choses différentes. Ce qui caractérise la généralisation, c'est la production d'une ou plusieurs tumeurs secondaires qui, d'une part, n'ont aucune relation anatomique avec la tumeur primitive et qui, d'autre

part, ne peuvent être attribuées uniquement à l'influence directe de la cause qui a produit cette dernière. »

Parmi les tumeurs susceptibles de se généraliser, Broca met en premier lieu les cancers puis les sarcomes. Ensuite viennent, mais bien plus rarement, les tumeurs fibreuses, les épithéliomes, les chondromes, les myéloides et les lipomes. En général, une diathèse sarcomateuse est plus souvent partielle et superficielle. Les diathèses systématiques de n'importe quelle nature des tumeurs superficielles sont relativement bénignes, (lipomatose, fibromatose, cas de Tripier de Shattuck). D'après Broca, les lipomes et autres tumeurs bénignes ne se développent jamais sous l'influence d'une diathèse générale. Ils se forment sous l'influence d'une cause locale ou d'une diathèse partielle quand ils sont multiples. Par exception, on a vu des tumeurs bénignes se généraliser et imprimer à l'organisme la manière d'être des tumeurs générales.

Les diathèses sarcomateuses systématiques de la peau chez les adultes, et surtout des os chez les enfants, sont fatales, parce qu'elles se généralisent ou qu'elles deviennent générales. On a vu des cas où le carcinome pouvait être multiple d'emblée; mais les tumeurs sont peu nombreuses, on peut alors admettre une diathèse qui a présidé à ces développements multiples, mais le plus souvent on n'a qu'un cancer qui se généralise et qui infecte l'organisme. Le mot diathèse est encore employé dans ce dernier cas, mais à tort, croyons-nous, parce que cela tend à faire confondre la métastase, qui rend général un néoplasme, avec la diathèse générale.

Il y a dans les deux cas un processus pathogénique absolument différent. La métastase, ou généralisation, consiste dans le transport par le sang ou par la lymphe de particules morbides remplies de microbes, si l'on admet les théories microbieuses, ou bien de microbes libres détachés d'une tumeur existant déjà. Ces éléments migrateurs se déposent naturellement dans les premiers canaux les plus étroits qu'ils rencontrent; ils s'y greffent et ils deviennent ainsi le point de départ de noyaux nouveaux. Il est rationel que ces dépôts se fassent de préférence là ou la circulation est la plus active, et où les canaux sont le plus fins, c'est-à-dire dans le poumon, le foie, les reins, le cerveau. L'hypothèse des embolies cancéreuses cellulaires, ou même nucléaires, ne peut expliquer les dégénérescences secondaires dans les organes éloignés. Un noyau cancéreux pourrait à peine franchir les capillaires hépathiques, qui ont 9 à 15 μ, et s'ils le pouvaient, les capillaires pulmonaires, qui n'ont que 7 à 8 μ, l'arrêteraient sûrement. En admettant que ce soit les mollécules désagrégées qui proviennent des tumeurs, la métastase devient possible. Feltz suppose que ce sont des poussières organiques qui sont les agents de l'infection. Broca et Virchow admettent aussi la migration des germes par les liquides de l'organisme, Mais d'autres pensent que les éléments détachés de la tumeur, prenant les formes les plus diverses, s'insinuent grâce aux mouvements sarcodiques, et se fraient un chemin à travers les tissus. Arrêtés en certains points, ils deviendraient le centre de production de nouvelles tumeurs,

Mais cette théorie a peu de chances d'être applicable aux tumeurs secondaires lontaines. Du reste, on trouve parfois des infarctus néoplasiques dans les viscères, en même temps que des tumeurs secondaires, ce qui prouve évidemment le transport par les vaisseaux. (Voir thèse de Burlaud 1868. Observation V).

Les dépôts secondaires provoquent des accidents redoutables, par le fait de leur localisation, en même temps que l'organisme subit une infection spéciale. On a trouvé des éléments cancéreux dans le sang ; des observations indiscutables témoignent de la réalité de ce mode de propagation. Malheureusement, il y a des cas où l'on a trouvé des tumeurs évidemment secondaires, dans des endroits où leur présence était difficile à expliquer. Par exemple, dans le cas de M. Millard, nous avons vu une tumeur primitive viscérale, et deux ans après, une sarcomatose sous-cutanée, sans que le poumon qui devrait être le premier atteint paraisse malade. Le cas de Korte en est encore un exemple. Perrin rapporte trois autres cas où les tumeurs secondaires prennent la localisation de la sarcomatose cutanée. Aussi, y a-t-il des auteurs qui n'admettent pas l'idée de métastase. Dupuy (1) prétend qu'elle ne peut être démontrée, ni surtout répondre aux données actuelles de la physiologie. « Pour se rendre compte, dit-il, de l'action à grande distance d'un élément morbide, on peut se demander si les fragments de cancer introduits dans le sang peuvent se greffer sur la paroi des vaisseaux, en provoquant autour d'eux une

(1) Thèse de Paris, 1873.

accumulation de fibrine. Mais il est *impossible d'admettre ce fait avec les données actuelles de la physiologie*. D'ailleurs personne n'ignore que la vitalité des éléments anatomiques est proportionnée à leur jeunesse, et qu'un élément adulte ne peut guère que mourir en se déplaçant. Klencke admet que la cellule cancéreuse serait un organisme indépendant, pouvant se développer sur le corps vivant. Mais alors le cancert serait inoculable. S'il y a transport des éléments figurés, il est à croire que l'infection se fera beaucoup plus vite par les veines que par les lymphatiques, en raison de la vitesse moindre de la circulation dans ces vaisseaux. Chauveau regarde les granulations comme le moyen de transport des virus; il serait peut-être possible d'attribuer aux granulations cancéreuses le même rôle.

Schrœder van der Kolk attribue à un liquide la propagation à distance du cancer. Ce liquide existe en dehors des cellules, et les environne de toutes parts; il agit à la périphérie des tumeurs pour altérer les cellules saines et il peut être transporté à distance. »

A côté de ces affirmations contraires au transport direct des éléments morbides, nous trouvons les recherches opposées et affirmatives de Nepveu (1), de Ranvier, de Virchow, etc.

Dans ces conditions que devons-nous croire? En admettant que les éléments migrateurs n'aient pas trouvé à se loger dans le poumon, pourquoi auraient-ils pris une disposition aussi spéciale et aussi définie que celle

(1) Assoc. pour l'av. des sc. Grenoble 1885.

d'une sarcomatose hypodermique ou du type Kaposi? Cette disposition ne serait pas plus explicable dans le cas ou le poumon étant d'abord surchargé de néoplasmes enverrait à son tour des colonies dans le reste de l'organisme ; mais ce n'est pas ce qui arrive : le poumon est au contraire atteint le dernier puisque ses lésions entrainent la mort. Il faut donc admettre que la migration des cellules ne suffit pas à expliquer ces cas. Penserons-nous, comme le veulent certains auteurs que la tumeur primitive décompose le sang et crée en lui la propriété de fabriquer de toutes pièces des tumeurs semblables dans les tissus de moindre résistance ?

Nous sommes persuadé que le sang joue un rôle dans la généralisation, mais cette notion d'envahissement des tissus moins résistants suivant un mode particulier, n'est-elle pas celle que nous avons admise plus haut pour celle de la diathèse et ne devons-nous pas croire que la diathèse pour compléter son analogie avec une tumeur ordinaire peut-être secondaire aussi? Cette hypothèse d'une diathèse développée sous l'influence de l'infection de l'organisme par une tumeur primitive peut paraître bien étrange. Cependant Broca ne dit-il pas : « Il n'y a pas de tumeur, pas de maladie, pas de phénomène idiopathique; ce mot exprimant l'idée d'une chose qui existe par elle-même serait un non-sens si on le prenait au pied de la lettre. Il signifie donc simplement qu'un état pathologique n'est sous l'influence d'aucune cause connue (p. 142) ». Il n'est donc pas extraordinaire de dire qu'une prédisposition morbide peut être réveillée par une cause locale. On voit cela tous les jours pour

d'autres maladies. Du reste, beaucoup de chirurgiens, parmi lesquels Velpeau, Bennett, Mayor, ont admis l'idée de diathèse secondaire; mais ils entendaient sous ce nom l'infection et la généralisation. De plus, les faits sur lesquels nous nous appuyons nous permettent cette hypothèse. Dans le cas de M. Millard, par exemple, nous voyons au bout de dix-huit mois, après une tumeur abdominale, des tumeurs sous-cutanées se montrer. La sarcomatose sous-cutanée se continue alors absolument comme si elle était seule; on la voit évoluer, régresser et finir comme dans les cas de Gairdner ou de Dauchez qui ne sont pas susceptibles d'être rangés parmi les manifestations secondaires. Dans le cas de M. Millard et de Korte, dans les autres cas de tumeurs cutanées secondaires que cite M. Perrin, supprimez la tumeur initiale infectante et vous avez une maladie évoluant absolument comme les types classiques. Quand la généralisation arrive, on peut se demander si elle est secondaire à la diathèse, elle-même secondaire, ou à la première tumeur idiopathique. Il y a des cas même, où il est difficile de dire si on a affaire à une diathèse ou à une généralisation. Quand il y a récidive d'une tumeur unique enlevée, on admet une infection du sang. Si la récidive se fait loin de la tumeur primitive, c'est possible; mais si la tumeur récidive sur place on peut toujours croire à une continuation sans invoquer ni diathèse, ni généralisation. M. Tillaux recommande d'enlever toujours une large zone de tissu sain autour des sarcomes parce qu'il est facile d'en laisser. Mais si la récidive sur place se fait par repullulation, on peut se de-

mander s'il y a diathèse ou généralisation. Par exemple, nous trouvons dans les bulletins de la société de chirurgie le cas suivant dû à Chassaignac (1) : ce chirurgien opère un homme de 30 ans pour une tumeur du volume d'une orange sous la clavicule gauche. Elle est fibro-plastique, enkystée, amorphe. (Analyse de Leber.) Quatorze mois après, récidive moins volumineuse; ablation, même texture. Six mois après troisième ablation. Six mois après nouvelle récidive. Pendant ces deux années, le malade se porte bien et n'a pas de ganglions. On l'opère une cinquième fois et sa constitution reste bonne. On fait un lambeau autoplastique. Mais le malade revient dix-huit mois aprés l'opération avec une tumeur volumineuse sur l'épaule et une autre dans le ventre. Mort, pas d'autopsie.

Dans ce cas, il faut bien admettre une diathèse partielle, une prédisposition invétérée du même point à être envahi par le tissu morbide, car on ne peut supposer qu'il soit resté après chaque opération un petit noyau qui ait régénéré la tumeur. Pour nous, nous croyons donc que dans les cas de récidive comme dans les cas de tumeurs multiples, il y a une diathèse secondaire à la tumeur primitive. D'ailleurs, si l'on adopte les idées microbiennes modernes, il est probable que le sang est toujours infecté, même avant la tumeur primitive solitaire et alors les termes de diathèse générale, diathèse partielle ou systématique, généralisation, récidive ne servent plus qu'à désigner des modes différents de ré-

(1) 28 mai 1850.

ceptivité des tissus. Du reste, déjà pour certains auteurs, l'infection se confond avec la diathèse et les néoplasmes ne sont que les manifestations locales d'un état général qui précède leur apparition et persiste après leur ablation. Quand on parle de diathèse cancéreuse, le plus souvent on entend par là l'infection cancéreuse. Pour MM. Verneuil, Bazin (1), Hardy, Namin (2), les néoplasmes sont sous la dépendance d'une même diathèse préexistante : l'arthritis.

Mais si l'on admet la préexistence de la diathèse en même temps que la notion de métastase, quand deux tumeurs ne seront pas absolument contemporaines, homéliques (Verneuil), et que la seconde se développera un certain temps après la première qu'est-ce qu'indiquera que celle-ci est secondaire à la première ou bien n'est qu'une nouvelle manifestation indépendante et spontanée de la diathèse ? Il y a bien encore, on le voit, des obscurités à éclaircir dans cette question.

De tout ceci on peut donc voir quelle différence nous croyons qu'il faut mettre entre le mécanisme de la diathèse et celui de la généralisation. Des tumeurs généralisées sont toujours secondaires ; c'est un pléonasme d'ajouter le mot secondaire au mot généralisé, comme le fait Perrin. Quand on veut exprimer que des tumeurs se sont développées primitivement dans plusieurs organes ou tissus, on peut employer le mot diathèse générale ou tumeurs multiples polyorganiques, suivant l'expression de M. Verneuil.

(1) Affections cutanées arthritiques et dartreuses. Paris 1860.
(2) Thèse de Paris 1878.

Ces données étant établies, il nous reste à chercher dans quelle classe de tumeurs, nous rangerons celles de notre malade. Sont-elles généralisées; sont-elles le résultat d'une diathèse secondaire à la grosse tumeur viscérale comme nous le voyons dans le cas de Millard, ou bien sont-elles simplement polyorganiques idiopathiques? Le cas est assez difficile à trancher au premier abord. Evidemment on n'a pas pu saisir la métastase sur le fait : l'examen du sang n'a rien révélé; c'est ce qui arrive en général. Dans le cas de Millard, les tumeurs sous-cutanées apparurent dix mois après la tumeur du ventre. Dans celui de Korte, on enleva une tumeur sarcomateuse à l'anus et au bout d'un temps qui n'est pas noté dans l'observation apparut une tuméfaction ganglionnaire dans l'aisselle et quelques mois après des tumeurs dans le sein gauche et sur toute la surface du corps. Dans les sarcomatoses cutanées secondaires, M. Perrin a trouvé l'apparition des nodosités métastatiques quelques mois ou même quelques années après l'apparition de la tumeur primitive. Or, dans notre cas, nous ne voyons rien de semblable. Il est possible que, histologiquement, on constate l'ancienneté de la tumeur viscérale de notre malade; mais, cliniquement, rien ne nous autorise à penser qu'elle soit la première. Les quelques troubles urinaires et les douleurs iliaques qu'on pourrait mettre sur le compte de cette tumeur ont apparu *15 ou 18 mois après* la formation des tumeurs sous-cutanées du menton. En admettant que les premières douleurs de la cuisse qui durèrent cinq semaines et qui furent attribuées à un tu-

bercule sous-cutané qu'on sentait le long de la fémorale, fussent dûes à la tumeur pelvienne supposée primitive, celle-ci serait encore restée 10 mois sans se manifester après l'apparition des tumeurs soit disant secondaires du menton. Il aurait fallu que cette tumeur infectante restât pendant un an au minimum très petite et stationnaire, et encore faudrait-il supposer qu'elle eût infecté l'organisme plus tôt qu'on ne l'a jamais vu. Du reste, sauf dans le cas de Korte, on voit que les tumeurs infectantes sont généralement volumineuses ; mais ce n'est pas le volume de notre tumeur qui pourrait changer notre conviction.

On sait, en effet, que dans le tissu cellulaire splanchnique, les tumeurs se développant librement et sans être génées peuvent prendre rapidement un grand volume. Or, il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'une tumeur abdominale qui n'aurait qu'un seul point d'origine ait atteint en quelques mois le volume que nous lui trouvons pendant que les tumeurs sous-cutanées seraient restées de la grosseur d'un œuf de pigeon. Mais sommes-nous sûr que la masse que nous sentons ne soit qu'une seule tumeur. Nous pouvons au contraire affirmer le contraire. Il est peu probable qu'une tumeur *solitaire* de la prostate ait pris *primitivement* un volume aussi considérable, puisqu'on ne trouve chez les adultes aucun cas de tumeur prostatique dans les auteurs. Il serait curieux que cette tumeur si volumineuse ait présenté une telle bénignité et soit restée si peu gênante relativement pour les organes voisins. Il serait encore bizarre qu'elle se soit uniquement développée du côté de

la paroi abdominale plutôt que de déformer le périnée et de créer dans le rectum un obstacle considérable. Il est plus probable qu'en même temps que se développait un ou plusieurs noyaux dans la prostate, comme dans le corps thyroïde ou le pénis, des dépôts se faisaient dans le tissu cellulaire du petit bassin ; que toutes ces tumeurs en augmentant de volume se sont accolées, aplaties, confondues pour former une masse qui n'est que le résultat d'un développement multiple dans un espace trop restreint. Et même nous avons pu saisir ce phénomène. A une certaine époque nous avons senti en haut et en avant de la masse un macaron qui reposait directement sur elle, mais qui était distinct et possédait une certaine mobilité. Dans un examen ultérieur, au même endroit, nous n'avons plus trouvé qu'une sorte de bourgeon volumineux à la masse principale et impossible à délimiter. Dans le cas de Gairdner, ne voyons-nous pas la capsule surrénale gauche envahie par une masse de 3 pouces 1/2 de diamètre et en 2 ou 3 points de sa surface des tumeurs arrondies ? Le rein droit n'est-il pas englobé par une masse volumineuse développée dans son enveloppe cellulo-adipeuse et formée de plusieurs groupes de tumeurs? Et pourtant personne n'a songé à admettre que l'une ou l'autre de ces tumeurs pouvait être primitive. Il est bien probable qu'à l'autopsie nous trouverions d'autres masses dans l'abdomen de notre malade. Nous pouvons donc admettre par analogie et pour les raisons que nous avons indiquées que notre tumeur n'était pas primitivement unique, mais qu'elle est le résultat de l'accolement de tumeurs à points d'origine distincts.

Nous avons affaire à une diathèse générale à prédisposition systématique dans le tissu cellulaire ; mais nous ne pouvons admettre qu'il y ait généralisation d'une tumeur primitive. Il n'est pas possible, en effet, que, depuis deux ans qu'elle existe, avec la multitude des productions morbides, la maladie n'ait pas encore les caractères d'une infection plus marquée ou d'une généralisation dans le poumon et les viscères nobles. Enfin, d'après Lücke, d'après MM. Cornil et Ranvier, les sarcomes à cellules fusiformes se généraliseraient beaucoup plus difficilement que les néoplasmes à petites cellules rondes à cause de la difficulté qu'auraient les premières à traverser le réseau des capillaires.

Le cas de M. Millard et celui de Korte nous ont paru rentrer dans le cas de diathèse secondaire. Quant à celui de M. Laboulbène nous avons trop peu de renseignements pour porter un jugement. Le cas de Gairdner est évidemment une diathèse systématique du tissu cellulaire. Le cas de Dauchez nous semble de même nature, seulement nous ne pouvons savoir s'il y a eu production de tumeurs secondaires dans les viscères, puisque l'autopsie n'a pas été faite.

La mort est-elle dûe à une cachexie cardiaque ou à une cachexie néoplasique, c'est ce que nous ne pouvons pas savoir. Il en est de même pour le cas de Perrin. Les malades de M. Tripier et de Shattuck étaient évidemment des diathésiques avec une idiosyncrasie singulière : la tendance à la régression.

Cette régression est un phénomène sur la pathogénie

duquel on n'est pas encore bien fixé. Elle n'est pas spéciale aux sarcomes. Nous trouvons, par exemple, le fait suivant. M. Glück présente à la société de médecine berlinoise (4 mars 1885) une femme avec une tumeur récidivée du sein, tumeur opérée deux ans avant la récidive. La peau est envahie et on y trouve de nombreuses nodosités. La malade était oppressée et très fatiguée. Pansements à l'iodoforme. Rétablissement, état général bon relativement; les nodosités de la peau, l'infiltration de même nature qui occupait toute la région mammaire et une exostose du grand trochanter ont à peu près disparu.

Il existe une observation semblable de Cohn.

M. Augagneur (1) a décrit la régression dans les lymphadénomes, dans des tumeurs diverses, même les plus malignes où la rétrocession est fort rare, dans des sarcomatoses sous-cutanées qu'il réunit même dans un groupe morbide sous le nom de polysarcose régressive. M. Perrin cite aussi des cas (observations III, V, IX, XVIII) de régression de sarcomes cutanés et de mélano-sarcomes secondaires, des guérisons complètes même (cas de Kobner, de Korte, de Vidal). On voit donc que ce sont surtout les sarcomes et les sarcomes multiples superficiels qui sont susceptibles de régresser. Dans les sarcomes superficiels uniques, la régression a été niée par Bourdy (2) ; mais Burlaud (3) prétend que si la résolution complète n'a jamais été observée, on a vu des tu-

(1) Lyon médical, 12 juin 1881.
(2) Thèse de Paris 1868.
(3) Thèse de Paris 1868.

meurs sarcomateuses diminuer sensiblement de volume. Il est probable que si la régression a été constatée surtout sur les tumeurs superficielles, c'est que c'est là que le phénomène est le plus facile à voir. Cependant dans un cas de mélanose généralisée publié par Alb. Bergeron, dans la France médicale du 13 novembre 1875, il y avait deux tumeurs sous-cutanées et, ce sont celles-là qui ont disparu. Il semble donc que le tissu cellulaire soit le plus apte à la régression.

Les malades de M. Millard et de M. Laboulbène ont seulement vu la diminution des tumeurs. Dans le cas de Gairdner certaines tumeurs ont disparu complètement tandis que d'autres ont simplement diminué. Dans celui de Tripier et de Shattuck, la régression complète a eu lieu. Dans notre cas la régression est à peine sensible. Le malade accuse la diminution de la plus grosse tumeur du cuir chevelu et nous avons constaté nous-mêmes la disparition de deux petits noyaux profonds difficiles à sentir dans le triangle sus-claviculaire gauche.

Burlaud prétend que la régression est le résultat de la transformation graisseuse d'une portion plus ou moins étendue de la tumeur. Les parties qui en sont atteintes prennent un aspect particulier qui permet de diagnostiquer la lésion à l'œil nu. « On voit, dit-il, disséminées dans la tumeur de petites masses jaunâtres plus ou moins friables de diverses dimensions que l'on a souvent prises pour des tubercules. C'est la transformation phymatoïde de Robin, la xanthose de Lebert. Des gramulations graisseuses se sont déposées dans les cellules.

Cette dégénérescence graisseuse peut amener comme conséquence un moindre degré de consistance, un véritable ramollissement de la tumeur ; on l'a vue dans certains cas être le point de départ d'une résorption et d'une diminution de volume du néoplasme. (Thèse p. 22). » Il serait intéressant de savoir si M. Augagneur adopte cette manière de voir, mais il ne donne aucune explication du mécanisme de la régression.

Pour Broca, la théorie de la métamorphose rétrograde adoptée par Burlaud est tout à fait hypothétique. Elle ne peut être vraie que pour les tumeurs qui ont des cellules. L'infiltration graisseuse de ces cellules n'est pas le fait d'une maladie et elle ne produit pas la dissolution de ces cellules, dites rétrogrades. Les cancers qui en renferment sont particulierement dangereux. Il faut dire qu'on observe quelquefois l'infiltration graisseuse dans des tumeurs en voie de résolution. La résolution des tumeurs est comparable à l'atrophie des tissus physiologiques : le travail de décomposition l'emporterait sur celui de reproduction dans la nutrition du néoplasme.

M. Gilbert qui a fait l'examen histologique des tumeurs du malade de M. Hallopeau dont l'observation est rapportée par M. Perrin, s'exprime ainsi (p. 68) : « Par quel mécanisme les nodosités s'affaissent-elles et marchent-elles à la guérison ? Les éléments qui les constituent sont-ils repris par les vaisseaux et transportés en d'autres points du corps pour y constituer des nodosités nouvelles : le fait paraît vraisemblable. Quoi qu'il en soit, au niveau des points guéris, l'on ne trouve plus en-

tre les faisceaux conjonctifs du derme et de l'hypoderme que quelques cellules rondes vestiges des agglomérats anciens et que des débris d'hématies, reliquat du sang épanché. »

Gairdner trouve dans la structure anatomique des tumeurs qu'il compare à des rates, l'explication de leur disparition rapide. Il y aurait une sorte de dégorgement ; mais nous doutons que l'examen du sang qu'il recommande pendant la période de régression soit bien profitable. Dans le cas de M. Hallopeau, cité plus haut, on a du reste examiné le sang à plusieurs reprises, et on n'a constaté rien d'anormal.

M. Perrin constate que dans le mélano-sarcome, c'est le centre des plus anciennes tumeurs qui s'affaisse d'abord, et qu'après une régression complète la tumeur peut reparaître in situ par une sorte de récidive. « De pareils faits, ajoute-t-il, sont bien de nature à troubler toutes nos notions sur les néoplasmes : tendance à persister et à s'accroître, tel est le caractère fondamental que l'histologie assigne au néoplasme. Ici, celui-ci peut s'affaisser et disparaître. Il est juste toutefois de faire remarquer qu'une pareille atrophie des tumeurs ne porte ordinairement que sur quelques dépôts et qu'il n'empêche nullement la généralisation cutanée, lymphatique ou viscérale. (p. 131). »

Ailleurs M. Perrin dit encore, et ce qu'il dit de la sarcomatose cutanée nous pouvons l'appliquer à notre cas : « L'idée que l'on se fait des néoplasmes est que ce sont des productions dont le caractère majeur est la tendance à persister et à s'accroître (Cornil et Ranvier).

Les faits que nous venons de citer ébranleraient l'opinion générale, si nous ne prenions soin d'ajouter que le sarcome primitif généralisé de la peau (peut-être aussi les autres formes) ne parait pas à bien des points de vue, rentrer dans le cadre général des tumeurs telles que nous les comprenons ordinairement. A bien des égards la sarcomatose semble par son début, par son aspect, son évolution, sa constitution histologique être plutôt *une maladie infectieuse qu'une diathèse néoplasique vulgaire.* » C'est sur cette pensée qui résume si bien notre propre manière de voir que nous terminons ce chapitre.

ETIOLOGIE

L'étiologie de la sarcomatose sous-cutanée est aussi peu connue que pour les autres sortes de sarcomes. Nous n'avons pas trouvé de causes autres que celles qu'on invoque habituellement.

Parmi les causes générales certains auteurs placent, comme nous l'avons vu l'arthritis. Lelièvre (1) tend à prouver que la diathèse cancéreuse se manifeste avant l'apparition d'une tumeur par des maladies de peau, particulièrement de l'eczéma. Namin (2), Bazin, Verneuil considèrent les néoplasmes comme appartenant à une seule et même famille, en prenant pour base de leur classification une origine commune. Mais cette cause banale n'est pas souvent recherchée par les observateurs. Du reste les symptômes de l'athrithis sont si nombreux et si variés qu'il n'est pas possible de rencontrer un néoplasique qui antérieurement n'en ait pas présenté quelques-uns. Nous ne pensons pas que les boutons d'acné que nous avons trouvé sur le corps de notre

(1) Thèse de Paris 1863.
(2) Thèse de Paris 1873.

malade suffisent à le faire rentrer dans la classe des arthritiques. Dans les autres cas que nous citons, la relation entre la sarcomatose et l'arthritis n'a pas été notée.

L'âge est nettement limité c'est entre 20 et 60 ans que se rencontrent les sarcomatoses superficielles. Les sarcomatoses uniquement profondes ont plus souvent lieu chez les enfants. Le malade de M. Tripier est le plus jeune, il a 22 ans; pourtant il a joui, au contraire des enfants, d'une bénigmité très grande, puisque ses tumeurs ont disparu complétement.

L'hérédité ne semble pas en être cause dans notre cas. Dans celui de Millard, la mère de la malade est morte d'un cancer de l'utérus. Dans les autres cas, l'héredité n'est pas notée ou n'est pas imputable.

Sexe. Nous avons 5 hommes et 4 femmes, M. Perrin pour la sarcomatose cutanée trouve beaucoup plus d'hommes que de femmes. Les tumeurs se sont montrées secondaires chez 2 femmes (Millard, Korte); chez tous les hommes, elles semblent primitives, sauf peut-être celui de M. Laboulbène. On trouve des tumeurs-musculaires chez deux hommes (observ. pers., Tripier): il n'y en a pas chez les femmes. Courbet (1) signale, en effet, que les sarcomes musculaires sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Les tumeurs profondes et la cachexie paraissent se montrer aussi bien dans un sexe que dans l'autre. La régression n'a pas de préférence non plus. Elle s'est montrée complète une fois chez un homme (Tripier) et une fois chez une femme (Shattuck). Au

(1) Thèse de Paris 1881.

point de vue histologique la forme globo-cellulaire se montre chez 3 hommes (Gairdner, Perrin, Tripier) et une femme (Dauchez); la forme fuso-cellulaire chez 2 hommes cas person., Laboulbène) et une femme (Millard). Chez deux femmes (Shattuck, Korte) on n'a pas fait ou noté l'examen histologique. Le sexe, la constitution et la profession de l'individu ne paraissent donc pas avoir d'importance pour l'étiologie. Comme cause générale des sarcomes, Ordonnez avait invoqué la syphylis, mais nous ne nous arrêterons pas à cette idée; du reste la syphilis a été soigneusement recherchée par tous les auteurs et sans aucun résultat. Parmi les autres antécédents personnels des malades qu'on pourrait incriminer ou non, nous trouvons la variole chez notre sujet; la scrofule chez la malade de M. Millard; celle de Dauchez a souffert de privations et de chagrins, celui de M. Perrin a eu une fièvre typhoide et il est alcoolique. Quant à celui de M. Tripier il a une bronchite, mais il est difficile de dire si elle est spécifique ou non. Les malades de Gairdner et de Korte n'ont pas d'antécédents morbides.

Comme cause déterminante des sarcomes on a souvent invoqué le traumatisme et cela pourrait être en rapport avec la profession. Or nous n'avons affaire qu'à des malades ayant des professions manuelles (menuisier, cuisinières, jardinier, portefaix) et nous ne trouvons sur les avant-bras et les jambes aucune tumeur sous-cutanée. Il n'y a que le malade de Tripier dont les masses musculaires furent atteintes symétriquement aux avant-bras et aux mollets. Cette absence de tumeurs aux mains et

aux pieds est un fait qui s'élève contre le traumatisme comme cause étiologique locale. Notre malade est menuisier, et si le traumatisme avait joué un rôle dans la production des tumeurs qu'il porte, les coups ou pressions qu'il subit du fait de sa profession auraient déterminé des néoplasmes aux mains et aux bras. Cepepdant des auteurs, Buch entre autres, affirment que les lipomes acquis ne se développent jamais à la main ni au pied. Il pourrait en être de même pour les sarcomes non cutanés. Mais, au moins pour les lipomes, M. Poulet (1) refute l'opinion de Busch ; il relate 28 cas de lipomes débutant dans la paume de la main, dont il fait remonter la cause à des traumatismes habituels. D'ailleurs, pour les sarcomes également, il y a des cas incontestables où un coup a développé une tumeur dans le point lésé, même dans les muscles. Le cas suivant nous en montre un exemple ; de plus il semble être un cas de diathèse secondaire.

Lassar (société de médecine berlinoise, 30 avril 1884), présente une jeune fille qui, après avoir reçu un coup à la cuisse droite, vit une tumeur se développer dans cette région. Bientôt des tumeurs analogues se développèrent sur tout le corps. Les tumeurs ressemblaient à des sarcomes purs.

Bourdy (2) résume croyons-nous la question : « Il est bien certain, dit-il qu'une chute un peu violente, la pression constante d'un ceinturon chez un malade de M.

(1) Revue de chirurgie, août 1886.
(2) Thèse de Paris 1868.

Larrez ont pu être la cause déterminante de plasmomes ; peut-être cela donnerait-il l'explication de la grande fréquence de ces tumeurs aux cuisses et aux jambes comparativement au membre supérieur ; mais de là à admettre comme cause constante les contusions et les pressions répétées, il y a loin. » Les hommes, qui sont plus exposés aux traumatismes que les femmes ont plus de tumeurs ; et ce sont les contusions lentes et répétées qui ont plus d'action que les chocs. Ricard (1) arrive aux mêmes conclusions pour les lipomes. Nous pourrions peut-être donc admettre chez notre malade une influence étiologique analogue ; pour les tumeurs du cuir chevelu, par exemple, produites par la pression du chapeau sous le bord duquel se trouvent les plus grosses ; celles de la nuque et du corps thyroide pourraient être produites par le col, celles de l'ombilic et des lombes par la ceinture. Mais on en trouve tant ailleurs dont la présence n'est pas explicable que cette hypothèse est en somme fort peu admissible.

(1) Thèse de Paris 1885.

SYMPTOMES

Le début de la sarcomatose sous-cutanée, qu'elle soit secondaire ou primitive est le même dans les deux cas. On voit d'abord une tumeur dans un point quelconque de l'hypoderme (menton, aisselle, abdomen, cou, avant-bras (Tripier), et bientôt après ou en même temps paraissent ailleurs des tumeurs semblables dans différents points du corps. Cette apparition des noyaux est accompagnée ou non de symptômes généraux. Dans 3 cas (Millard, Dauchez, Perrin), elles se développèrent au milieu de l'affaiblissement général, de l'amaigrissement, de la diarrhée, ou de troubles digestifs.

Les tumeurs se présentent sous le doigt de l'observateur comme des perles, des oviles roulant dans la peau. Nous renvoyons à l'anatomie pathologique pour plus de détails.

Parmi les signes qui se présentent à la vue, nous ferons observer seulement que la transparence ne se rencontre que dans des cas spéciaux comme le notre où les tumeurs ont une disposition permettant de les exposer à la lumière. Parmi les symptômes appréciables seulement pour le malade la douleur est un des plus constants. Ce-

pendant, chez un même malade, on trouve des tumeurs qui se développent absolument sans douleur à côté d'autres qui provoquent des douleurs irradiées (cas personnel). Dans d'autres cas (Millard), on n'observe de la douleur qu'à la période ultime au niveau de toutes les tumeur. La malade de Gairdner éprouva, au contraire des précédents, de la douleur pendant la période d'accroissement des tumeurs. Ceux de Dauchez, de Perrin, de Korte n'eurent de douleur à aucune époque de leur évolution. Le malade de M. Tripier semble plutôt avoir éprouvé de la gène qu'une véritable douleur au niveau des néoplasmes. Shattuck a observé de la douleur avant leur développement ce qui est analogue à ce qu'avait constaté Gairdner; il est probable que les filets nerveux sont tiraillés dans la distention des tissus par le produit étranger qui s'y accumule. D'après M. Nepveu, il n'y a pas de nerfs dans les tumeurs; la douleur n'existe que quand il y a envahissement et par suite irritation des filets voisins du néoplasme. Est-ce à une irritation de ce genre ou à une compression sur les nerfs que sont dûes les douleurs qu'à ressenties notre malade, c'est ce que nous ne pouvons pas savoir. Mais, comme la tumeur du ventre et en voie de progression on peut plutôt croire à une influence morbide de voisinage sur les cellules nerveuses des plexus sacrés et lombaires qu'à une action purement mécanique comme la compression. Les douleurs irradiées ne semblent avoir été constatées que par nous. Cependant, dans les observations, nous voyons que les douleurs symptomatiques des lésions viscérales surtout celles produites par les lésions du rein ou de ses enveloppes peuvent se confondre avec

des coliques hépatiques ou néphrétiques. Notre malade avait dans les deux cuisses [des tumeurs peuvant être prises pour des tuberbules sous-cutanés douloureux. Les douleurs se propagèrent le long de la jambe jusqu'à la cheville. Mais il est fort possible que ces douleurs ne soient dues qu'à la grosse tumeur du bassin. Plus tard, sous forme de crises, parurent des douleurs très-violentes dans le dos, la poitrine et le ventre. Probablement que d'autres tumeurs s'étaient développées dans ces régions.

Dans l'évolution et la durée de chaque tumeur on trouve des différences suivant son siège. Il est certain que les tumeurs du tissu cellulaire profond grossissent plus vite que celles des couches superficielles. Celles-ci ne dépassent pas le volume d'une pomme et encore faut-il qu'elles ne soient pas nombreuses (Gairdner). Elles restent ensuite stationnaires. Il est à remarquer que les tumeurs du sein n'évoluèrent pas comme si elles avaient été seules, mais comme celles du tissu cellulaire, L'évolution de chaque tumeur ne prend donc pas son cachet dans l'organe ou celui-ci se développe, mais subit l'influence générale de la diathèse.

La régression atteint les tumeurs à n'importe quel moment de leur évolution.

Il faut souvent plusieurs mois pour que la maladie soit constituée. Notre malade attendit 3 ou 4 mois avant de voir paraître la seconde tumeur et peu après et assez rapidement il en eut une multitude d'autres. Leur nombre resta stationnaire pendant un certain temps, puis elles se mirent à reparaître de façon qu'au bout de deux ans, il en avait plus de 150. Dans le cas de M. Millard, les tu-

meurs se montrent plus rapidement au début ; mais leur pullulation s'arrête pendant quelque temps pour régresser. Les premières tumeurs sous-cutanées parurent à la fin de 1878 et la malade mourut en novembre 1880 avec une grande quantité de noyaux. La maladie depuis le début de la tumeur primitive dura 3 ans 1/2. Le sujet de Gairdner eut moins de tumeurs à la fois grâce à la régression qui ne se fit pas d'une manière générale comme dans le cas de Millard, mais qui semblait un phénomène purement lié à l'évolution locale de chaque tumeur. La maladie a duré 15 mois. La malade de Dauchez n'a eu que peu de tumeurs ; mais elle a présenté une multiplication très-intense dans un espace relativement restreint. Dans le courant de trois semaines, une douzaine de noyaux parurent à la région lombaire. La mort arriva au bout d'un an. Dans le cas de M. Perrin, au bout de 5 ou 6 mois. Pendant six mois l'état général s'aggrava et les tumeurs augmentèrent de nombre chez le malade de M. Tripier, puis en deux mois une grande amélioration se produit et quatre mois après on ne trouve plus que des traces d'indurations musculaires. Cinq ans après, la guérison persiste. Shattuck obtint une guérison plus rapide encore : au bout de 5 mois sa malade était bien améliorée et la guérison s'était maintenue plus d'un an après. Korte ne trouva pas de nombreuses tumeurs superficielles (70 à 80), mais sa malade mourut au bout de quelques mois dans la cachexie.

Les complications des tumeurs multiples sarcomateuses sont les mêmes que celles des tumeurs solitaires. Ces complications peuvent être locales comme la compres-

sion sur des organes voisins, l'ulcération, la récidive ; ou bien plus générales comme l'infection ou la réaction inflammatoire d'un tissu important (pleurésie, pneumonie).

La compression peut se faire sur des nerfs (cas pers ?) sur des vaisseaux et provoquer de l'œdème (cas de Millard, Dauchez), sur des organes dont les fonctions sont gênées comme dans la vessie ou le rectum dans notre cas. Cette gêne dans le cas particulier était relativement de peu d'importance et nous en avons été étonnés. Cependant on trouve assez souvent dans des observations de tumeurs du ventre l'absence de troubles fonctionnels du côté du rectum et de la vessie.

Les organes envahis par le néoplasme peuvent être troublés dans leur fonctionnement : gène dans la contraction musculaire (Tripier) ; troubles cérébraux (Dauchez) ; troubles cardiaques (Dauchez?).

L'ulcération sur les tumeurs ne s'est montrée que dans le cas de Perrin. D'après Bourdy (1) l'ulcération sur les sarcomes n'aurait lieu qu'à la suite d'un choc ou du frottement d'un vêtement ; mais cette opinion nous semble trop absolue. Pour ce qui est du cas de M. Perrin nous avons vu (p. 58) ce qu'on peut en penser. Nous avons vu également (p. 57) les affections cutanées locales provoquées par les sarcomes. Korte signale aussi un abcès peri-rectal comme accident local.

La récidive des tumeurs enlevées ne s'est montrée que chez la malade de M. Millard. Encore pourrait-on soutenir

(1) Bourdy. Thèse de Paris 1868.

que l'extirpation n'a pas été complète et qu'il y a eu une simple continuation ; Tillaux dit, en effet, dans une de ses cliniques (1) : « Dans le sarcome même de petit volume, il faut prendre grand soin d'enlever autour de la tumeur une portion de glande saine (sein). Pendant nombre d'années, je me suis contenté d'énucléer ces petites tumeurs qui s'échappent si facilement à travers l'incision comme un noyau de cerise d'entre les doigts. J'estime aujourd'hui que c'était une pratique fautive qui exposait beaucoup plus les malades à la récidive. »

Chez notre malade cependant les huit ou neuf tumeurs qu'on a enlevées sont sortis *comme des noyaux de cerise* et nous n'avons pas eu de récidive.

Les accidents plus généraux, soit provoqués par la présence des tumeurs, soit simplement concomittants, consistent presque toujours en troubles dyspeptiques, et très fréquemment en lésions pulmonaires. Les ganglions sont atteints dans tous les cas, soit primitivement, soit par infection. Quelques faits pourraient faire croire qu'il y a quelques relations entre la sarcomatose sous-cutanée et des affections de la peau. Notre malade était souvent affecté d'acné, surtout dans le dos. Celle de Dauchez eut du purpura de bonne heure, dès le début de sa cachexie ; elle avait la peau de la face atteinte d'une sorte de sclérème. Le malade de Perrin avait du pityriasis versicolor et des ecchymoses cachectiques. Celui de Shattuck avait de l'érythème et de la desquamation sur les plaques. Enfin Lassar (2) rapporte dans le cas que nous avons déjà si-

(1) Sem. med. 27 janv. 1886.
(2) Soc. de med. berlinoise, 30 avril 1884.

gnalé à propos de l'étiologie (p. 128), que sa malade présentait du lichen ruber sur la partie de peau située entre les tumeurs.

La terminaison par cachexie est la plus fréquente (Millard, Laboulbène, Gairdner, Dauchez, Perrin, Korte). Notre malade est à la période d'état et nous n'avons que deux cas de guérison (Tripier, Shattuck). La cachexie se produit même quand il n'y a pas généralisation au sens restreint du mot où nous l'entendons (Gairdner, Perrin). Il est vrai que dans le cas de M. Perrin nous avons l'alcoolisme dont il faut tenir grand compte. Mais dans le cas de Gairdner, nous pouvons nier la généralisation, car l'on sait que quand elles se généralisent les tumeurs sarcomateuses envahissent de préférence et en premier lieu le poumon. Or pendant la vie de son malade M. Gairdner ne nota aucune altération stétoscopique et à l'autopsie aucune tumeur dans la poitrine ou le foie. Cependant nous ne croyons pas que l'unique absence de tumeurs dans le poumon doive nous faire rejeter la généralisation et nous croyons qu'elle existe toutes les fois qu'il y a symptôme d'infection en même temps que production de tumeurs nouvelles dans les organes nobles.

Le cas de Korte en est un exemple : le foie, le rein, le pancréas sont envahis sans qu'il soit fait mention du poumon. Voici les symptômes de l'infection tels que les donne Broca (1) : « Certaines tumeurs exercent au bout d'un certain temps sur l'organisme entier une influence nuisible qui n'est en rapport ni avec le siège, ni avec les

(1) Traité des tumeurs p. 278.

phénomènes locaux. Un trouble général des fonctions nutritives, un dépérissement graduel, un état anémique caractérisé par la pâleur de la peau et des muqueuses et quelquefois par un bruit de souffle, soit au premier temps du cœur, soit dans les vaisseaux du cou; plus tard, la coloration jaune paille de la peau et des schlérotiques, assez souvent l'œdème d'un ou plusieurs membres, ou l'hydropisie de certaines cavités splanchniques; plus souvent la petitesse et la rapidité du pouls, la fièvre hectique: enfin dans beaucoup de cas l'apparition de tumeurs extérieures en général multiples et sans connexion anatomique avec la tumeur primitive, tels sont les principaux symptômes de cet état général que nous désignons sous le nom d'infection, état qui va toujours en s'aggravant jusqu'à la mort et qui dans sa période la plus avancée porte le nom de cachexie. » Tous les malades de nos observations qui sont morts ont présenté quelques uns de ces symptômes, sauf la teinte jaune paille que le sarcome ne provoque jamais.

DIAGNOSTIC

La diagnostic des tumeurs sarcomateuses sous-cutanées est difficile, parfois impossible sans examen histologique. Pourtant, avant cet examen, M. Laboulbène, M. Shattuck, M. Besnier à qui la malade de M. Dauchez fut présentée arrivèrent au diagnostic exact. Mais, par contre, dans notre cas, nous voyons faire le diagnostic de cysticerques et de fibromatose ; celui de fibromatose également proposé dans le cas de M. Dauchez ; celui de cysticerques un peu soutenu dans les cas de MM. Laboulbène et Tripier, enfin celui de Lipomes dans le cas de Gairdner. On voit donc que la sarcomatose sous-cutanée ressemble surtout aux cysticerques et à la diathèse fibromique. Mais il y a une multitude de tumeurs qui à un moment ou à un autre de leur évolution peuvent ressembler à tel ou tel des états par lesquels passent les sarcomes.

On peut diviser le diagnostic en deux parties : le diagnostic du début, et le diagnostic à la période d'état. Le diagnostic du début alors qu'il n'y a qu'un nombre très restreint de tumeurs appréciables, doit être fait avec des noyaux fibreux, lipomateux, avec des kystes, des enchon-

dromes, des névromes, des tubercules sous-cutanés douloureux surtout, des gommes, des nodosités rhumatismales des épanchements sanguins, etc., Mais dans bien des cas, la marche de ces tumeurs et leur multiplication ou leur état stationnaire viennent restreindre l'étendue du diagnostic. Du reste, nous resterons plus dans notre sujet en ne faisant que le diagnostic de la sarcomatose alors qu'elle est généralisée.

Parmi les tumeurs qu'on peut trouver multipliées dans le tissu cellulaire et dans les viscères nous avons à citer les lipomes, les fibromes, les kystes à cysticerques, etc.. Le molluscum, le mycosis fongoïde, les chéloïdes, le cancroïde, l'adénome sudoripare sont des tumeurs de la peau rarement multiples et qui n'existent le plus souvent pas en même temps dans la peau et dans les autres organes. Malgré ces restrictions, le diagnostic est souvent impossible et il faut absolument recourir à l'examen microscopique et à la biopsie; c'est ce que tous les observateurs ont fait sauf Shattuck. Mais un moyen plus simple permet d'éliminer d'abord les cysticerques : c'est la ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz. De notre cas on peut tirer cet enseignement que même lorsqu'on constate la transparence, il faut songer au sarcome. Il semblerait que le sarcome, surtout le fuso-cellulaire, ne doive pas être plus transparent que le fibrome; notre cas prouve le contraire. Généralement, les cysticerques ne se développent que dans les muscles; cependant on en a trouvé dans le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire, dans le cerveau, le foie, le poumon. En outre, d'après Ducastel, les tumeurs peuvent paraître immédia-

tement sous la peau alors qu'en réalité ils occupent le tissu musculaire proprement dit. Les vésicules siègent à la partie sus-diaphragmatique du corps, rarement au-dessous. La présence d'une tumeur sous la conjonctive indique presque sûrement la ladrerie. On n'en trouve pas de très-grosses pour simuler une tumeur infectante. Elles ne dépassent pas le volume d'un œuf de pigeon. Mais elles ont de commun avec la sarcomatose de pouvoir disparaître comme une tumeur qui régresse. Dans les antécédents du malade, il est utile de rechercher si le malade a eu ou a encore le tœnia, s'il vit avec une personne l'ayant s'il habite la campagne où d'après M. Laboulbène on avale très-souvent en buvant de l'eau des œufs de tænia inerne dont les cysticerques peuvent produire la ladrerie. Ces faits ressortent de deux observations présentées par M. Troisier à la société médicale des hôpitaux (11 août 1882 et le 27 mars 1885).

Quant aux fibromes et aux lipomes, ils sont très-rares dans les muscles ou dans les organes profonds; ils ne se développent pas secondairement et ne se généralisent que fort peu. Leur siège est presque exclusivement sous-cutané. Cependant, d'après Lécuyer (1), on peut en trouver partout où il existe du tissu adipeux. Pour Virchow, le lipome étant une production hyperplasique, il ne peut y en avoir là où il est impossible de retrouver trace de tissu adipeux préexistant. M. Cornil objecte qu'on en a trouvé dans la couche corticale des reins où il n'y a jamais de graisse à l'état normal. Les lipomes ont cependant com-

(1) Thèse de Paris 1872.

me siège de prédilection le tissu cellulaire sous-cutané; mais on en a trouvé à la main, dans un muscle (Cruveilher); dans le cœur (Albert, Virchow's Archiv. t X p. 215); dans l'utérus (Lebert); dans les muscles de la cuisse (Marjolin); dans la langue (Follin); dans les glandes et les os.

La marche des lipomes et des fibromes est plus lente que celle des sarcomes; ils ne produisent ni l'infection, ni des accidents locaux sérieux. Cependant Broca cite un cas de généralisation du lipome qui, du reste, est le seul connu. On cite également plusieurs cas de généralisation du fibrome (quelques cas dans les bulletins de la société anatomique; un cas dans Virchow, path. des tumeurs t. I, p. 359; un cas de Paget, lect. ou surg. path. t. II, p. 151; deux cas de Volkmann).

Dans le lipome et le fibrome il n'y a généralement pas de douleurs; mais la douleur ne peut être un moyen de diagnostic. M. Verneuil (1) a montré, en effet, que l'indolence ne caractérise pas les tumeurs bénignes. Quelle que soit la nature du néoplasme, l'indolence est beaucoup plus commune que la douleur au début. Les douleurs des sarcomes se font sentir la nuit surtout. Ce fait que nous avons constaté a été signalé par M. Péan (2).

Les ganglions sont respectés par la lipomatose et la fibromatose.

Les lipomes ont une consistance généralement moins ferme que les sarcomes. En les prenant à pleine main, on éprouve la sensation d'une masse composée de granulations et quelquefois on perçoit une véritable crépitation.

(1) Assoc. fr. pour l'av. des sc. Nancy 1886.
(2) Diag. et trait. des tumeurs de l'abdomen, t. I, p. 131

En tendant la peau à la surface de la tumeur, on voit souvent se dessiner de petits lobules graisseux. Ils ne contractent pas d'adhérence avec la peau et l'ulcération n'est que le résultat des frottements. Cependant, d'après Follin : « l'enveloppe des lipomes envoie souvent de sa face externe des tractus qui les font adhérer à la face profonde de la peau. Il résulte de cette disposition que la peau semble creusée en fossettes à la surface de la tumeur et ces cavité deviennent plus évidentes si l'on saisit la tumeur à sa base pour tendre les téguments. Ils siègent de préférence au tronc comme les sarcomes. On leur a trouvé parfois une disposition symétrique. Les fibromes sont plus difficiles à distinguer à cause de leur consistance. Elle est peut-être un peu plus dure d'une manière générale. La régression n'est pas inconnue dans les fibromes. Payne (1) cite le cas d'une femme de 43 ans qui ayant le corps couvert de tumeurs fibreuses molles vit pendant les derniers mois de sa vie des fréquentes variations dans le volume des plus petites. Quelques-unes même avaient disparu. Les fibromes présentent une surface lisse, unie ou faiblement bosselée tandis que les sarcomes ont des bords moins réguliers et des bosselures ou des bourgeons. On a signalé pour les lipomes un déplacement et une migration sous la peau quand ils ont un certain volume. Ce phénomène doit être commun à toutes les tumeurs qui se développent sans adhérences dans le tissu cellulaire; mais dans lasarcomatose rien de semblable n'a été signalé.

Le tubercule sous-cutané douloureux est presque tou-

(1) Soc. path. Londres mai 1887

jours unique; il est très petit; son siège d'élection est le coude.

Quant aux névromes, leur localisation spéciale, la sensibilité à la pression suffisent à les différencier des sarcomes sous-cutanés.

La lèpre tuberculeuse est une affection de la peau dont les tubérosités ne sont pas susceptibles d'être confondues avec nos tumeurs.

Les chéloïdes sont également des tumeurs de la peau.

Les adénomes sont rarement multiples et leur développement dans la peau ne les laisserait pas confondre avec des tumeurs simplement adhérentes au derme.

Les myomes multiples de la peau décrits par M. Besnier en 1881 (1), présentent quelques points communs avec la sarcomatose. La peau est normale; il n'y a nulle tendance à l'irritation ; mais aucune non plus à la régression. La sensibilité aux frottements est extraordinaire. Il y a des crises douloureuses spontanées ou non. La récidive ne se fait pas sur les cicatrices. L'évolution est très-lente; longtemps la douleur peut faire défaut. La forme des tumeurs est lenticulaire. Ce qui distingue surtout ces tumeurs hypodermiques, c'est qu'elles sont précédées d'un petit bouton rouge et que la peau au-dessus d'elles peut rester rosée ou rouge.

(1) Annales de dermatologie, 1881.

Les chondromes multiples sont faciles à distinguer des tumeurs qui nous occupent.

Les kystes sébacés sont presque toujours multiples, mais ils ne sont jamais en aussi grand nombre que les sacromes. Leur siège favori est le cuir chevelu ; il ne paraissent jamais dans certains points de la surface du corps. Ils sont adhérents de bonne heure à la peau.

Choiseau (1) a décrit des lymphadénomes généralisés dans le tissu cellulaire sous-cutané qui présentent au début des analogies avec la sarcomatose. Dans cette affection, il n'y a pas de prodromes ; il parait sans cause apparente des tumeurs sous-cutanées, molles, aplaties ou saillantes, présentant une teinte violacée à travers la transparence de la peau. On les déplace facilement. Mais la peau s'amincit, s'ulcère et de grosses végétations se forment. On trouve 25, 30, même 500 tumeurs surtout aux membres supérieurs et à leur face antérieure. En même temps, il y a des symptômes généraux, affaiblissement, amaigrissement, diarrhée, fièvre, hémorrhagie, mort par cachexie. Ganglions intacts. Il n'y a souvent pas de leucocythémie et encore quand elle existe, elle est légère. La maladie dure 2 mois à un an. L'ulcération est en somme le caractère distinctif essentiel avec la sarcomatose.

Les nodosités rhumatismales se développent aux extrémités autour des articulations après un rhumatisme. Cependant M. Bouilly (2) décrit dans les corps caverneux

(1) Thèse de Paris, 1881.
(2) Manuel de pat. ext. p. 216.

des tumeurs dures, indolentes à la pression, stationnaires, paraissant à l'âge adulte et dans la vieilleese, dues à la goutte et au diabète. Mais on ne confondra pas ces tumeurs avec les sarcomes qui ont paru seulement chez notre malade.

Les nodosités de l'érythème noueux sont colorées, cutanées, passagères.

Les gommes syphilitiques sous-cutanées peuvent simuler des sarcomes peu nombreux, mais les commémoratifs et surtout le traitement éclaireront le diagnostic. Elles sont généralement aplaties, pateuses et assez sensibles. Il n'y a qu'au début qu'elles sont dures, quand elles sont petites. On en a trouvé dans ces conditions jusqu'à 160 (Lisfranc) ; le plus souvent, on n'en voit que 2 à 6 et encore ne sont-elles jamais toutes au même point de leur évolution.

Le mycosis fongoïde, quand il est général ne peut être pris pour une sarcomatose adhérente à la peau que si l'on n'a pas vu les taches de la peau qui précèdent l'apparition des tumeurs. Sur celles-ci, la peau est lisse. tendue, ou bien rouge violacée. Arrivées à un certain volume, elles s'arrètent, se résolvent comme les sarcomes ou s'ulcèrent et deviennent fongueuses. L'ulcération qui ne manque pas sur l'une ou l'autre des tumeurs et la cachexie qui se montre, dès le début de la maladie éclairent le diagnostic.

Enfin Roux de Brignolles (1) a montré qu'il pouvait y

(1) Soc. de chir. 15 Avril 1887.

avoir des tumeurs osseuses sous-cutanées, mais son observation est probablement unique.

En somme, nous avons parcouru le cercle des tumeurs qui peuvent paraître siéger dans l'hypoderme ou qui y sont réellement. La plupart ont évidemment fort peu de chances d'être confondues avec la sarcomatose sous-cutanée. Mais le diagnostic est cependant quelquefois d'une impossibilité absolue. Le fibrome surtout peut présenter absolument les mêmes symptômes et M. Péan dit au sujet des fibromes qu'il est absolument impossible lorsqu'une tumeur n'est pas enlevée si elle est fibreuse dans toute l'acception du mot.

PRONOSTIC

Le pronostic de la sarcomatose sous-cutanée est d'une bénignité relative. Quand on pense au volume énorme que formeraient les tumeurs multiples si elles étaient réunies en un seul point ; quand on songe à la durée assez longue de la maladie et à l'absence d'ulcération, on ne peut refuser de convenir que l'organisme est d'une tolérance très-grande pour des tumeurs qui sont habituellement plutôt malignes que bénignes. Si le dépôt néoplasique se faisait en un même point, cela fournirait dans un temps extrêmement court une masse telle qu'on n'hésiterait pas à porter un pronostic des plus fâcheux. Dans ces conditions, on verrait rapidement des ulcérations se former, et l'infection, la généralisation, la cachexie emporteraient le malade bien plus tôt qu'on ne le voit dans l'affection multiple. Heureusement, les tumeurs uniques ne se développent pas avec cette rapidité et pourtant, même avec des allures plus modestes, elles font quelquefois plus de mal.

L'organisme est moins affecté par une multitude de petits noyaux que par une masse compacte d'un volume moindre. C'est ce qui prouve que, là comme ailleurs,

l'union fait la force. Il semble pourtant que ce devrait être le contraire et que des noyaux dispersés dans toute l'économie offrant avec le sang des points de contact multiples devraient infecter celui-ci beaucoup plus rapidement que quand le sarcome est en une seule masse. Il est vrai que dans le cas de tumeur sarcomateuse unique, quand une ablation bien faite est arrivée à temps, la terminaison fatale n'est pas toujours à craindre. Des auteurs ont noté, en effet que « le plus souvent l'intégrité de la santé générale se maintient, même quand les tumeurs sont le plus opiniâtres à récidiver. Il est remarquable que dans aucun cas, on n'a noté la teinte jaune paille si inséparable de la cachexie cancéreuse (1). » Pour Wezyk (2), le sarcome est une tumeur essentiellement bénigne. Nélaton et d'autres, au contraire, rangent les tumeurs fibroplastiques dans la classe des cancers (3).

Martin (4) prétend que les tumeurs sous cutanées ou cutanées présentent une gravité bien moindre que celles qui ont un siège plus profond. Mais la sarcomatose cutanée est en général plus grave que la sarcomatose du tissu cellulaire.

« La malignité des tumeurs sarcomateuses est telle, dit Perrin (5), que pour Kaposi, la terminaison est toujours fatale ; la mort survient tantôt rapidement, tantôt lentement, quelquefois en quelques mois, d'autres fois après un assez grand nombre d'années. » D'autres au-

(1) Lannelongue Mém. ac. de méd. T. XXVIII sur les tum. fibro-pl.
(2) Thèse de Paris 1876.
(3) Nelaton. Traité de pathologie. Du cancer fibro-plastique.
(4) Thèse de Paris 1883.
(5) Thèse, p. 49.

teurs prétendent que les tumeurs sont plus bénignes dans la jeunesse. Ricard (1) dit : « Les tumeurs malignes arrivent au déclin de l'existence alors que l'organisme usé, à coup sûr affaibli, descend l'échelle de la vie et la diathèse qui a vingt ans nous donne un adénome bénin, à 50 nous gratifie d'un carcinome malin. » Malheureusement pour la théorie, il y a beaucoup de faits qui plaident contre elle, et les sarcomatoses des enfants sont les plus terribles de toutes. En somme, le siège des tumeurs sarcomateuses dans le tissu cellulaire est une condition pour rendre le pronostic plus favorable. La faculté que possèdent les sarcomes sous-cutanés de régresser augmente encore leur bénignité. La rétrocession produit une amélioration réelle dans l'état général de l'individu. Malheureusement, au début, on ne peut savoir si le malade en aura le bénéfice, ni jusqu'où chez lui ira cette disparition. Le cas de Shattuck nous montre que la guérison complète peut se faire. Quant au cas de M. Tripier il est si spécial que nous n'osons en tirer aucune conséquence. Mais, dans les autres cas, que la sarcomatose soit primitive ou secondaire, la généralisation et l'infection, ou tout au moins l'infection, semblent inévitables. Seulement, elles se produisent plus tardivement que dans les autres formes de sarcomatoses. Des observations similaires nous pouvons conclure à une terminaison fatale pour notre malade. Il y a déjà deux ans qu'il est malade. Il a présenté des symptômes d'embarras gastrique que nous avons mis sur le compte du traitement arsénical, mais

(1) Thèse de Paris 1885.

qui, à la rigueur, peuvent tenir à la maladie générale comme nous le voyons dans d'autres cas (Millard, Gairdner), à des degrés plus accentués, il est vrai. Mais, nous sommes toujours menacé de voir ces symptômes reparaître et conduire notre malade à la cachexie.

Lorsque M. Millard eut lu la première partie de son observation à la Société médicale des hôpitaux (28 mai 1880), M. Laboulbène lui répondit ainsi, après avoir rapporté sa propre observation et insisté sur l'issue funeste de la maladie : « Je pense qu'il en sera de même pour la malade de M. Millard. L'iode et l'iodure de potassium peuvent momentanément agir très favorablement, mais le pronostic me paraît devoir être très-réservé. Je ne serais pas surpris que cette malade rentrât dans le service avec un état pire, et que M. Millard constatât la réapparition de tumeurs sarcomateuses après un laps de temps variable. » Le pronostic n'était que trop juste, et si notre malade présente une résistance plus grande que ceux des autres observateurs, puisqu'il n'a pas joui du bénéfice le la régression, il n'en est pas moins fort probable qu'il finira comme eux. Et cette fin se fera peut-être, si nous en jugeons par ce qui se passe le plus habituellement, par une véritable cachexie.

Tous les auteurs ont noté que les chances de généralisation sont d'autant plus considérables, que les éléments de la tumeur sont plus petits et plus libres. C'est l'opinion de MM. Cornil et Ranvier. Il n'y a que le cas de M. Millard et de Korte où, en définitive, l'on ait constaté la généralisation. Or, Korte ne signale pas la variété de sarcome à laquelle il a affaire, et dans le cas de M. Millard, c'est la

variété fuso-cellulaire, ce qui n'est pas conforme à la théorie généralement admise. Quant à l'infection, elle se produit certainement plus rapidement avec les cellules rondes embryonnaires (cas de Gairdner, Dauchez, Perrin). Notre malade jouit probablement, sous ce rapport, du bénéfice des cellules fusiformes.

Quant à l'encapsulement des tumeurs, nous ne pensons pas qu'il ait beaucoup d'utilité pour empêcher l'infection, peut-être en a-t-il pour empêcher la diffusion des produits morbides en nature.

L'observation de M. Millard nous prouve que le pronostic est plus grave quand il y a récidive sur place : nous ne l'avons jamais constaté sur notre malade.

Enfin, un dernier fait qui pourrait éclairer le pronostic dans des cas semblables, c'est la présence dans l'urine d'une plus ou moins grande quantité d'urée. Cette recherche n'a pas été faite chez notre malade ; mais il y a des cas qui prouvent l'utilité de cet examen, pour fixer le diagnostic et le pronostic de certaines tumeurs. Thiriar (1) prétend que dans les tumeurs abdominales de mauvaise nature, l'urée reste inférieure à 12 grammes par jour. Romeler avait déjà signalé la diminution de l'urée dans les cas de cancer. Mais Grégoire (2) cite des exceptions. D'autre part, il y a des malades non cancéreux qui rendent peu d'urée. Mais, si, comme le prétend Romeler, dans les tumeurs bénignes, le chiffre de l'urée devait toujours rester normal, on pourrait tirer de là une indication précieuse pour le pronostic. Pour le diagnostic,

(1) Congrès franc. de chirur. 1885.
(2) Thèse de Paris, 1885.

cela a peu de valeur, parce qu'on voit des tumeurs bénignes infecter l'organisme. (Enchondrome : Richet, soc. de chir. 1er août 1885. — Fibrome : 2 cas de Pajet), et des cas de sarcomes multiples guéris spontanément, (Tripier, Shattuck, Kobner (1). Au point de vue du mécanisme de ce phénomène, on peut conclure que les diathèses néoplasiques modifient la nutrition des tissus, ou exigent pour leur développement une nutrition spéciale. Pour le traitement, peut-être pourrait-on puiser quelque indication dans cette notion.

(1) Annales de dermatologie, 1885.

TRAITEMENT

Si les néoplasmes produisent dans l'organisme une déchéance nutritive, la première indication est d'en réparer les pertes et d'administrer aux malades des reconstituants et des modificateurs de la nutrition. Quant à pratiquer successivement l'ablation de toutes les tumeurs au fur et à mesure de leur apparition, nous ne croyons pas que cela servirait à rien. Il s'en produirait du reste que le bistouri ne pourrait pas atteindre et on n'a jamais vu donner à un malade 150 coups de bistouri pour lui enlever des tumeurs qui ne le gênent pas pour la plupart du temps. Du reste, d'après Sauce (1), il est certain que dans le cas de tumeurs multiples, l'ablation de l'une d'elles peut donner un coup de fouet à la néoplasie et en provoquer une évolution plus rapide et même foudroyante. Nous pensons avec M. Tripier que l'ablation d'une tumeur ne peut pas être le signal de la régression comme semblerait le prouver ce que cet auteur a observé. On a proposé comme traitement local des pommades iodurées (Korte, Tripier) ou mercurielles des

(1) Thèse de Paris 1880.

emplâtres divers. Wœlker (1) a vu deux lipomes se résoudre après l'application de caustique de Vienne sur la peau qui les recouvre. On pourrait essayer sur les sarcomes, mais la plupart des auteurs recommandent de s'abstenir de toute irritation sur ces tumeurs de peur d'en provoquer l'ulcération. Cependant les sarcomes sous-cutanés qui n'ont aucune tendance à l'ulcération pourraient peut-être recevoir par ce moyen une impulsion vers la régression (teinture d'iode sur les tumeurs du corps thyroïde dans le cas de M. Millard). Les injections interstitielles de liquides caustiques pourraient agir de même. Mais, en général, on évite les moyens qui peuvent provoquer une inflammation trop forte et la liqueur de Fowler qui a été le plus souvent employée comme traitement local de tumeurs diverses est diluée dans moitié d'eau. Dans la sarcomatose sous-cutanée ce traitement local ne fut employé que chez notre malade sans résultat, au reste.

Comme traitement général, c'est encore la liqueur de Fowler qu'on emploie le plus souvent. On l'administre en injections sous-cutanées (cas pers., Shattuck) ou bien à l'intérieur (Perrin, Millard). M. Besnier dans le cas de M. Dauchez conseilla les injections de liqueur de Fowler; mais la malade la refusa au bout de deux mois à cause des symptômes gastriques qu'elle éprouvait Gairdner employa l'iodure d'arsénic. Les arsénicaux ont été d'abord employés en Allemagne sous forme de liqueur de Fowler en injection dans les lymphadénomes. Les succès obtenus ont encouragé les médecins à essayer le même traite-

(1) Soc. de méd. prat. 25 avril 1883.

ment dans les sarcomes. Mais les succès sont peu nombreux (Kobner (1), Lassar (2).) La dose qu'il faut atteindre n'est pas fixée. M. Reclus n'hésite pas dans les lymphadénomes à aller jusqu'à 45 gouttes de liqueur de Fowler normale. Notre malade à cause de ses troubles digestifs ne put dépasser une dizaine de gouttes par jour. Shattuck commença par 4 gouttes puis resta à 6 gouttes. Si c'est réellement ce traitement qui a guéri sa malade, nous avons eu pour notre part un échec complet, car notre sujet a eu des injections pendant près d'un mois sans aucune amélioration.

A côté de ce succès et de cet échec, nous voyons une amélioration sous l'influence de la teinture d'iode (Millard), après l'essai de bien d'autres remèdes. L'amélioration fût passagère. L'iodure de potassium (Laboulbène) a provoqué des phénomènes absolument semblables.

M. Tripier explique ainsi comment la pensée lui est venue de donner l'huile de foie de morue à son malade : « L'idée de considérer ces lésions comme une altération du système lympathique, la coincidence d'une toux persistante et l'insuccès obtenu soit par l'iodure de potassium, qui du reste était très mal toléré, soit par la liqueur de Fowler et par l'iodure de fer, nous engagent à prescrire l'huile de foie de morue à la dose de 2 cueillerées à bouche par jour (3). » Il y a pourtant une différence de tempérament entre un lymphadénique et un strumeux ; mais le résultat ayant été faverable, nous croyons qu'il est bon d'employer encore le même procédé dans l'avenir.

(1) Annales de dermatologie. 1883.
(2) Soc. de méd int. de Berlin, 20 Oct. 1884.
(3) Lyon médical 16 juillet 1870.

Dans le traitement de notre malade, nous avons à signaler la manière dont il fut soigné par le médecin empirique qu'il alla consulter. En tenant pour vrai que les tumeurs n'aient pas augmenté pendant le cours de ce traitement, on peut expliquer ce fait par la révulsion énergique que son intestin a dû supporter. On a vu quelquefois des tumeurs subir un arrêt pendant une maladie intercurrente.

Dans la fièvre typhoïde, les kystes hydatiques peuvent diminuer pour reparaître ensuite. Dans notre cas, quand la dérivation intestinales ne s'est plus produite, il est possible que l'activité nutritive ait repris son cours sur les tumeurs. Il y a peutê-tre quelque chose d'analogue dans ce fait, constaté par certains auteurs, Nélaton entre autres, que des lipomes ont pris un grand accroissement après la suppression des règles. Dans le cas de M. Millard, nous voyons aussi une grande amélioration coincidant avec le retour des règles.

En résumé, le traitement n'est pas défini. Dans le cas de Gairdner, les tumeurs régressèrent au début, alors que le malade ne faisait rien. La régression qui arrive sous l'influence de médicaments si divers (iodure de potassium, teinture d'iode, huile foïe de morue, liqueur de Fowler) pourrait bien simplement n'être dûe qu'au hasard.

CONCLUSION

Maintenant que nous avons comparé ces neuf observations sous tous leurs aspects, après ce travail d'analyse, sommes-nous autorisé à faire un travail de synthèse et à décrire la symptomatologie d'une entité morbide nouvelle que nous appellerions, avec M. Augagneur, *polysarcose régressive* ou, avec M. Perrin, *sarcomes globo-cellulaires simples hypodermiques*? Faisons observer tout de suite que tous les sarcomes sous-cutanés ne sont pas globo-cellulaires et que ce dernier titre aurait besoin d'une rectification. Mais M. Perrin en le créant a obéi à la nécessité de créer un groupe distinct pour les sarcomes hypodermiques qui ne rentrent évidemment pas dans le cadre des affections cutanées « En dehors de ce type (type Kaposi), dit M. Perrin, il n'est guère possible de grouper les autres cas en espèces bien nettes ; peut-être cependant pourrait-on ranger un certain nombre de faits tels que celui de Dauchez et Legendre, celui de Gairdner, le mien sous la rubrique de : sarcomes globo-cellulaires simples hypodermiques. (1) » Malheureuse-

(1) p. 6?, thèse.

ment, il y a d'autres cas absolument semblables sous tous les autres rapports et qui diffèrent de ceux que cite M. Perrin uniquement par la structure. Le titre de sarcomatose sous-cutanée ne nous satisfait pas davantage, puisque nous ne trouvons que très-rarement la localisation unique dans l'hypoderme.

Quant à la polysarcose régressive, M. Augagneur la décrit de la manière suivante (1) : « Dans une troisième série, nous trouvons des néoplasmes ayant une évolution spéciale, une forme anatomique et clinique bien déterminée et qui peuvent se grouper sous le nom de polysarcose régressive. Une constitution anatomique répondant à celle du sarcome et une tendance constante à la régression ou à la disparition complète sont les deux principaux caractères de ce genre morbide. » Plus loin, il définit la polysarcose régressive : « une maladie dont les principaux caractères sont : l'existence de tumeurs multiples sarcomateuses, rares dans les viscères, ne s'ulcérant jamais, rétrocédant toujours, souvent partiellement, parfois d'une manière complète. » Il fonde cette description sur le cas de M. Millard, celui de M. Laboulbène, celui de Coats et Gairdner et celui de M. Tripier. Du moment que M. Augagneur fait rentrer les cas de Millard et de Gairdner dans une affection où les tumeurs viscérales sont rares, le notre aurait pu y trouver place également. Nos tumeurs ne se sont jamais ulcérées, ce qui est conforme à sa description, mais la rétrocession *si elle a existé* a été bien insignifiante. Notre cas serait donc

(1) Lyon médical, 12 juin 1881.

une exception considérable dans le groupe de la polysarcose régressive, groupe où il pourrait, au reste, rentrer par les autres symptômes.

Au lieu de faire de la sarcomatose sous-cutanée une maladie à part, nous croyons que ces cas rentrent dans la classe des sarcomatoses multiples ou généralisées, dans laquelle on peut créer des subdivisions très nombreuses suivant le mode de développement, la localisation dominante, la structure histologique, la régressibilité, la tendance à l'ulcération, etc.. Du reste, pour faire de la régression, un caractère dominant nous croyons qu'elle est trop variable et trop peu constante : on la rencontre dans des tumeurs tantôt bénignes, tantôt malignes et on ne la trouve pas dans bien des cas de polysarcose superficielle.

Ce n'est donc pas une entité morbide que nous avons décrite ; mais une localisation spéciale des sarcomes multiples et les circonstances qui accompagnent cette localisation. Nous avons vu que la sarcomatose strictement sous-cutanée se rencontre rarement (Shattuck, Perrin) ; qu'elle se présente le plus souvent comme une affection générale des tissus, quelquefois primitive, quelquefois secondaire. La localisation dans l'hypoderme est donc un des syndromes qu'on peut trouver dans les manifestations de la diathèse sarcomateuse ; mais nous ne croyons pas qu'on puisse faire de la sarcomatose sous-cutanée une variété pathologique définie.

Aussi nous bornerons-nous à établir les conclusions suivantes :

1° Les tumeurs multiples sous-cutanées, sarcomateu-

ses peuvent être globo ou fuso-cellulaires ou plus ou moins mélangées.

2° Dans la pathogénie de ces tumenrs, la notion de diathèse nous semble devoir céder le pas à l'hypothèse plus acceptable de la bacillose et les dénominations de diathèse partielle, diathèse générale, généralisation, désignent des aptitudes spéciales des tissus à être envahis par le germe morbide. Les tumeurs, soit primitives, soit secondaires, soit récidivées ne seraient donc jamais idiopathiques.

3° Cette bacillose se manifeste par des productions dont la structure, la marche et la gravité ne sont pas identiques.

4° Quand les productions sont en majorité et surtout en totalité sous-cutanées, elles sont le plus souvent susceptibles d'être confondues avec la fibromatose ou la ladrerie.

5° Leur pronostic est variable. La régression et la cachexie ne sont pas constantes, mais celle-ci est beaucoup plus fréquente.

6° Le traitement n'est pas d'une efficacité absolument démontrée.

Vu : *le Président de thèse,*
FOURNIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice recteur de l'académie de Paris,
GRÉARD.

Vu : *Le Doyen,*
BROUARDEL.

Imp. J. Mayet et Cie à Lons-le-Saunier. 28, rue St-Désire. 20